



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Mestrado em Psicologia

CINTHIA MARIA CECATO PICOLI

**ADESÃO DE USUÁRIOS DE CRACK AO TRATAMENTO NUM
CAPS I DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Orientadora: Prof. Dra. Daniela Ribeiro Schneider
Coorientadora: Prof. Dra. Lucienne Martins Borges

Florianópolis
2013

CINTHIA MARIA CECATO PICOLI

**ADESÃO DE USUÁRIOS DE CRACK AO TRATAMENTO NUM
CAPS I DO INTERIOR DO RIO GRANDE DO SUL**

Dissertação submetida como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Mestrado, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dra. Daniela
Ribeiro Schneider
Coorientadora: Prof. Dra. Lucienne
Martins Borges

Área de concentração:
Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento Psicológico
Linha de Pesquisa:
Saúde, Família e Desenvolvimento Psicológico

Florianópolis, 2013

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Picoli, Cinthia Maria Cecato

Adesão de Usuários de Crack ao Tratamento num Capsi do Interior do Rio Grande do Sul / Cinthia Maria Cecato Picoli ; orientador, Daniela Ribeiro Schneider; co-orientador, Lucienne Martins Borges. - Florianópolis, SC, 2013. 167 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. cocaína crack. 3. adesão ao tratamento. 4. Serviços Comunitários de Saúde Mental. I. Schneider, Daniela Ribeiro Schneider. II. Borges, Lucienne Martins Borges. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. IV. Título.

Cynthia Maria Cecato Picoli

Adesão de usuários de crack ao tratamento num CAPS I do interior do Rio Grande do Sul

Dissertação aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

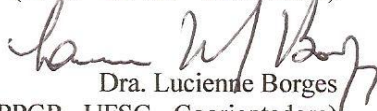
Florianópolis, 08 de março de 2013.



Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(Coordenadora - PPGP/UFSC)



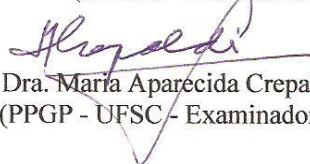
Dra. Daniela Ribeiro Schneider
(PPGP - UFSC - Orientadora)



Dra. Lucienne Borges
(PPGP - UFSC - Coorientadora)



Dra. Edna Linhares Garcia
(UNISC - Examinadora)



Dra. Maria Aparecida Crepaldi
(PPGP - UFSC - Examinadora)

Dr. Jonas Salomão Spricigo
(PPGE - UFSC - Suplente)

Dra. Ariane Kuhnen
(PPGP - UFSC - suplente)

Para meus pais, Fiorindo e Onilda. Meu pai, pelo exemplo positivo de enfrentar a vida diante das adversidades, e minha mãe pela bênção de estar presenciando a concretização dessa jornada.

AGRADECIMENTOS

Na concretização deste projeto são muitos os agradecimentos a fazer, e algumas pessoas não posso deixar de mencionar.

À professora Daniela Ribeiro Schneider, agradeço pela confiança depositada em mim, pelo estímulo, apoio, conhecimento e bom-humor sempre.

À professora Lucienne Martins Borges, pelo suporte na elaboração desta dissertação, principalmente na primeira etapa dela.

À equipe de saúde e aos usuários do CAPS pesquisado que possibilitaram a realização deste estudo.

À minha família, pais, irmãos, cunhadas e sobrinha pelo carinho e pelos valores que recebi.

À minha amiga Renilde Fantin Gebler, pela amizade, pelo amor, pelo incentivo, parceria e pelas horas de viagens que compartilhamos juntas nessa jornada.

À colega Piera Hofmann, quem me apresentou ao programa de pós-graduação de psicologia da UFSC.

À hospitalidade de D. Elisabete Pelusso, que me acolheu em sua casa durante o período do curso.

À minha turma de mestrado, foi muito bom ter convivido com um grupo tão acolhedor e camarada. Em especial agradeço às minhas colegas Michelle Vitória Marchetto, Michelly do Roccio Delle Cave, que foram pessoas com quem compartilhei almoços e trabalhos.

Não tenho palavras para agradecer à Carina Bossardi, pessoa que se tornou tão especial durante essa jornada, acolheu-me em sua casa, ajudou-me, escutou-me e apoiou-me. Da mesma forma, Fabiani Lima foi uma supercompanheira em todos os momentos. Vou sentir saudades de nossos encontros.

À Larissa Antunes e Inea Giovana Arioli pela assessoria com os softwares.

À Sandra Souza dos Santos, pelos momentos de energização proporcionados.

À Associação de Estudantes Universitários de Vacaria/RS por ter me possibilitado utilizar do transporte, facilitando minha locomoção para Florianópolis.

Às minhas estagiárias e hoje colegas de profissão Ivânia Zulian Fontana e Renata Fernandes dos Santos, pela inesgotável disponibilidade. Adoro vocês!

À minha dinda Olema Pellizzer, sempre presente na minha trajetória acadêmica, instigando-me a buscar cada vez mais.

À turma do QG Central: Bianca, Mariana, Renata, amigas em todos os momentos, e também à Daniela, Gabriele. Valeu por terem me aturado durante esta jornada.

Meu agradecimento à Tarciane Fernandes, minha sócia, pelas caronas até a rodoviária, pela ajuda nos tropeços de minhas viagens, e pela amizade sincera.

Aos meus colegas de trabalho: Sandro, Marco Antonio, Ana Francisca, Ademir, Daniele, Márcia, Janice, Regina, Elis, Julyana, Eliane e Cristina, pela consideração que tiveram durante esse período.

À minha adorada prima Carla Pelizzer Panizzon pelo afeto e cuidado presente sempre.

Aos meus amigos da minha cidade de origem, Flores da Cunha, em especial à Lanes, Fabrícia, Adelaine e Daiane.

Às minhas amigas, Vanessa e Rossana. Nossas conversas, discussões, e momentos de diversão não têm valor. Só quem é “mêio” pode descrever...

À psicóloga Daniela Appio Varaschin. Seu interesse e valorização me deram forças para continuar.

Enfim, a todos que de alguma forma, contribuíram para a realização desta dissertação, meus agradecimentos.

Picoli, Cinthia Maria Cecato. Adesão de usuários de crack ao tratamento num CAPS I do interior do Rio Grande do Sul. Dissertação de Mestrado em Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC).

RESUMO

O presente estudo propõe descrever a percepção de usuários de crack atendidos por um Centro de Atenção Psicossocial I (CAPS I) de um município de médio porte do Rio Grande do Sul sobre a sua adesão ao tratamento. Participaram da pesquisa 12 usuários de crack, que frequentam o tratamento no CAPS I. A pesquisa teve um delineamento exploratório-descritivo, de corte transversal e com características de triangulação de métodos. Utilizou-se de três instrumentos: entrevistas semiestruturadas, mapa de rede social e a Escala de Mudança Percebida (EMP) – a versão do paciente e a observação participante com registro em diário de campo. Constatou-se que os usuários demonstram estar engajados com o tratamento realizado na medida em que se deparam com as mudanças positivas no estilo de vida decorrentes do tratamento, e com as quais têm participação ativa. O contexto de vida atual segue uma rotina permeada de atividades, que auxiliam na prevenção de recaídas, favorecendo a continuidade do tratamento. O mapa de redes apresentou uma relativa riqueza de relações, porém com carência de funções desempenhadas pelos vínculos. Os escores obtidos na EMP indicam uma percepção de mudança elevada em função do tratamento recebido. Conclui-se que embora haja percepções positivas sobre a adesão, ocorrem abandono e baixa aderência ao tratamento tornando-se um desafio para os serviços de saúde, na medida em que estes devem ofertar ao usuário um atendimento que tenha resolutividade.

Palavras-chave: cocaína crack; adesão ao tratamento; Serviços Comunitários de Saúde Mental

Picoli, Cinthia Maria Cecato. Adherence of crack users in treatment CAPS I the interior of Rio Grande do Sul. Dissertation (Master in Psychology) – Psychology Graduate Program, Federal University of Santa Catarina. Florianópolis (SC).

ABSTRACT

This study aims to describe the perception of crack cocaine users served by a Psychosocial Care Center I (Centro de Atenção Psicossocial I - CAPS I) of a medium-sized city of Rio Grande do Sul, about their adherence to treatment. Participants were 12 users of CAPS I, who use crack cocaine. The research was designed with as a exploratory and descriptive, cross-sectional and characteristics of triangulation of methods. It was used three instruments: semi-structured interviews, social network map and Perceived Change Scale (EMP) - patient version and participant observation with field journal. It was found that users report being engaged to the treatment in that encounter the positive changes in lifestyle resulting from the treatment, and they have active participation with this. The current life context permeated follows a routine of activities that assist in preventing relapse, promoting continuity of treatment. The map networks showed a relative wealth of relationships, but with lack of functions performed by the bonds. The scores obtained in the EMP indicate a high perception of change due to the treatment received. It was concluded that although there are positive perceptions about the accession, occurs abandonment and low adherence to treatment that become a challenge for health services, to the extent that they should offer the user a service that has efficiency.

Keywords: crack cocaine; treatment adherence; Community Mental Health Services

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Lista de periódicos por ano, revista e tema.....	30
Tabela 2.	Descrição dos participantes.....	59
Tabela 3.	Frequências correspondentes às dimensões da EMP.....	74
Tabela 4.	Escores médios da EMP.....	75
Tabela 5.	Núcleos temáticos e categorias correspondentes.....	82
Tabela 6.	Núcleo temático “uso de drogas” e categorias correspondentes.....	85
Tabela 7.	Núcleo temático “internação” e categorias correspondentes.....	95
Tabela 8.	Núcleo temático “O Centro de Atenção Psicossocial” e categorias correspondentes.....	104
Tabela 9.	Núcleo temático “manutenção do comportamento adquirido” e categorias correspondentes.....	117
Tabela 10.	Núcleo temático “adesão ao tratamento” e categorias correspondentes.....	129
Tabela 11	Situação dos participantes da pesquisa conforme evolução dos prontuários.....	136

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Mapa de Redes.....	51
Figura 2.	Porcentagem de diagnósticos presentes nos prontuários do CAPS estudado.....	66
Figura 3.	Frequência de substâncias consumidas pelos usuários de drogas do CAPS pesquisado.....	67
Figura 4.	Usuários de drogas cadastrados no CAPS conforme o sexo.....	67
Figura 5.	Frequência da religião dos usuários de drogas.....	68
Figura 6.	Faixa etária dos usuários de drogas.....	69
Figura 7.	Estado civil dos usuários de drogas.....	69
Figura 8.	Nível de escolaridade dos usuários de drogas.....	70
Figura 9.	Com quem o usuário de drogas vive.....	71
Figura 10.	Forma que o usuário de drogas busca o serviço.....	71
Figura 11.	Renda dos usuários de drogas.....	72
Figura 12.	Mapa de redes dos participantes com respectivos apoios representados por número de pessoas.....	77
Figura 13	Mapa de rede conforme distribuição das funções de apoio com o número total de participantes que se referiram a cada função nos respectivos quadrantes e círculos.....	79
Figura 14.	Tela Principal do ATLAS.ti 5.0.....	81
Figura 15	Tela Complementar do ATLAS.ti 5.0 agrupamentos e conexões das categorias.....	82

SUMÁRIO

1. Introdução.....	21
2. Objetivos.....	27
2.1 Objetivo Geral.....	27
2.2 Objetivos Específicos.....	27
3. Revisão de Literatura.....	29
3.1 Revisão de Literatura.....	29
3.2 Dependência de Drogas e os Conceitos Básicos.....	34
3.3 Crack e sua História.....	37
3.3.1 Contexto Internacional.....	37
3.3.2 Contexto Nacional.....	39
3.4 O Usuário de Crack.....	41
3.5 Políticas Públicas e Tratamento.....	43
3.6 Adesão ao Tratamento.....	46
3.7 Rede Social Significativa.....	50
4. Método.....	55
4.1 Caracterização e Delineamento.....	55
4.2 Campo de Pesquisa.....	55
4.3 Participantes.....	58
4.4 Instrumentos e Procedimentos.....	60
4.5 Tratamento dos Dados.....	62
4.6 Procedimentos Éticos.....	63
5. Resultados.....	65
5.1 O perfil do Usuário de Drogas do Serviço Pesquisado.....	65
5.2 Escala de Mudança Percebida.....	73
5.3 Rede Social Significativa.....	75
5.4 Entrevistas.....	80
6. Discussão.....	85
6.1 Uso de drogas.....	85
6.2 Internação.....	95
6.3 O Centro de Atenção Psicossocial.....	103
6.4 Manutenção do comportamento adquirido.....	117
6.5 Adesão ao tratamento.....	128
6.6 Mudança Percebida.....	133
6.7 Rede Social Significativa.....	137
7. Considerações Finais.....	141

8. Referências.....	145
9. Anexo.....	157
10. Apêndices.....	161
10.1 Apêndice A.....	163
10.2 Apêndice B.....	165
10.3 Apêndice C	166

1. INTRODUÇÃO

Crack! O som produzido ao ser consumida conferiu este nome à substância que, em tempos de disseminação do vírus HIV, representou uma maneira mais segura de se consumir a cocaína, devido a sua administração ser pela via pulmonar e não pela injetável, diminuindo o risco de contaminação. Logo, o efeito positivo e intenso experimentado ao usar o crack tornou-se popular, impulsionando o consumo entre os usuários de drogas. O usuário de crack, em geral, mantém um padrão compulsivo de uso, associado com alguns prejuízos, como, atividades ilícitas, violência, prostituição e problemas judiciais. Com isso, a internação prolongada é a forma de tratamento preferencialmente procurada por familiares e pelo próprio usuário, embora, além desta, existam outras modalidades de tratamento.

No ano de 2012 o INPAD – Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas divulgou o II LENAD – Levantamento Nacional de Álcool e Drogas realizado no Brasil entre novembro de 2011 e março de 2012. O estudo constatou que aproximadamente dois milhões de brasileiros já usaram cocaína na forma fumada e, em relação aos outros países, o Brasil representa 20% do consumo mundial, além de ser o maior mercado de crack do mundo. Estima-se que 2,8 milhões de pessoas consumiram cocaína e crack no último ano, conferindo ao Brasil o segundo lugar no ranking mundial.

No Brasil, o governo federal tem, recentemente, colocado em foco a ampliação da atenção para quem sofre de problemas decorrentes do uso do crack, destacando a importância de que as ações em saúde sejam específicas para as características destes usuários. Essas informações demonstram que o crack é um tema atual no cenário nacional e mundial, sendo relevante a realização de estudos como este, que contribuam para a compreensão e melhoria do tratamento ofertado para estes usuários.

Assim como acontece com a cocaína, a produção do crack inicia-se com as folhas de coca, que são transformadas em pasta base. Quando tratada, a pasta base resulta num sal, o pó de cocaína, que pode ser aspirado ou injetado – se diluído em água, porém não pode ser fumado, devido sua volatilidade. Com o aquecimento da pasta base acrescida de água e bicarbonato de sódio é produzido o crack, popularmente conhecido como pedra, consumido em cachimbos (Domanico, 2006; Raupp, 2011). Sobre as vias de administração, no Brasil a via nasal e injetável já foram predominantes, sendo que a forma fumada é a mais utilizada nos últimos anos, e é a preferência dos

consumidores mais compulsivos. A absorção pela via pulmonar é rápida e quase completa, ocorrendo os efeitos quase imediatamente. Desta forma, o usuário fica mais propenso a se tornar dependente do que se utilizar outras formas de administração (Bordin, Figlie & Laranjeira, 2004; Dias, Araújo & Laranjeira, 2011).

O uso repetido e sem controle de uma substância, associado a sintomas de tolerância e abstinência são critérios identificados num quadro de dependência (OMS, 1993; APA, 2002). Ao consumir o crack, o Sistema Nervoso Central é estimulado, proporcionando sensação de euforia, agilidade, aumento da energia e da autoconfiança. Estes efeitos irão favorecer o desenvolvimento da dependência. Cabe ressaltar, que sentimentos, como irritabilidade, inquietude e confusão, também podem ocorrer ao se consumir essa substância (Bordin *et al.* 2004).

Em geral o padrão compulsivo é o mais frequente entre os usuários de crack, o que demonstra o poder de dependência associado ao consumo dessa droga. O uso intenso, contínuo e repetitivo também é chamado de padrão *binge* e, segundo Dias *et al.* (2011), chega-se a consumir 50 pedras ao longo de quatro dias consecutivos. Nestes episódios, o usuário tende a dar pouca atenção ao seu autocuidado, especialmente com o corpo e alimentação. As pausas depois de dias de uso contínuo, restringem-se apenas para comer e dormir (Raupp, 2011).

Cada vez mais o crack está presente como a substância de preferência pelos usuários de drogas, em função de ser uma droga relativamente barata e de fácil acesso, bem como por produzir efeitos prazerosos. No estudo realizado por Oliveira e Nappo (2008a), o crack é citado como droga de preferência dos usuários devido aos seus efeitos serem mais rápidos, breves e intensos. Os efeitos são descritos a partir de duas categorias: psíquicos e físicos. Os efeitos psíquicos são experienciados primeiramente como positivos, de prazer, seguidos pelos negativos, os quais são desagradáveis e angustiantes. Os efeitos físicos são classificados como motores e viscerais. A busca compulsiva pelos efeitos positivos, associada à fissura intensa provocada pela condição química desta droga, acabam levando o usuário a algumas práticas ilícitas, tais como, roubos, tráfico, prostituição, golpes financeiros, venda de seus pertences e dos de seus familiares, aumentando, ainda mais, a segregação do usuário no meio social (Oliveira & Nappo, 2008a). Sendo assim, os danos são difíceis de serem disfarçados: comorbidades clínicas, desnutrição, falta de asseio pessoal, problemas sociais e judiciais.

Os prejuízos relacionados ao consumo do crack estão relacionados com situações identificadas por usuários, que representam

riscos para si mesmos. Elas são classificadas em três categorias: a primeira refere-se aos riscos decorrentes dos efeitos psíquicos da drogas, os quais estão associados aos quadros de fissura e paranoia, resultando em lesões físicas ocorridas em situações de violência, comportamento sexual arriscado, detenção policial e perda de vínculos; a segunda refere-se aos riscos de complicações físicas decorrentes do uso do crack, como overdose, emagrecimento e insônia; e a terceira está relacionada aos riscos decorrentes da ilegalidade da droga e da vivência do tráfico (Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010).

Apesar dos prejuízos é comum manter o uso do crack ao longo do tempo. Com a identificação dos riscos pelo próprio usuário, o estudo supracitado refere que algumas estratégias são empregadas para preservar e melhorar a dinâmica de vida. São elas: usar a substância tanto em grupo como sozinho; fazer uso da droga em lugares protegidos; associar o uso de maconha para reduzir a fissura e do álcool para aliviar sintomas paranoides transitórios; controlar a quantidade de crack utilizada evitando overdoses; comprar a droga em lugares conhecidos para evitar confusões com traficantes; cumprir as regras do tráfico; em caso de abordagem policial, assumir o uso; e usar preservativos nas relações sexuais. Com isso, a dependência pode ser mantida por muitos anos, e há um aumento da expectativa de vida do usuário (Ribeiro *et al.* 2010).

O uso do crack se torna um desafio para os serviços de saúde, na medida em que estes devem ofertar ao usuário um atendimento que considere as consequências agudas e crônicas relacionadas ao consumo, as quais podem afetar tanto as áreas física, social, mental, familiar como legal. A ampliação de ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo é o que Passos e Souza (2011) definem como reduzir danos, devendo o cuidado ser construído de acordo com os serviços de atenção do Sistema Único de Saúde. Segundo eles, ao experimentar um contexto de acolhimento, o usuário de drogas pode diminuir e até abandonar o uso.

Nesse sentido, é que surge o CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), um serviço comunitário de referência para pessoas que apresentam sofrimento psíquico grave e/ou problemas por uso indevido de álcool e outras drogas, com atuação sobre o território em que a situação problema ocorre e com a oferta de projetos terapêuticos singulares. Seu surgimento decorre do movimento da Reforma Psiquiátrica com a proposta de tratamento substitutivo à internação psiquiátrica.

A maior parte dos atendimentos realizados pelo CAPS estudado, refere-se à demanda de tratamento por uso indevido de drogas. A realização de um levantamento documental a partir dos prontuários do CAPS I de um município do interior do Rio Grande do Sul identificou 379 usuários cadastrados entre outubro de 2010 e outubro de 2011. Destes, a maioria, 208 (54,89%), apresentaram problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, enquanto 171 (45,11%) eram portadores de sofrimento psíquico.

O serviço pesquisado mantém também, um registro de internações por uso de drogas, dentre elas o crack, demonstrando uma crescente busca por essa modalidade de tratamento nos últimos anos. Em 2007, quando ainda o Serviço era um ambulatório, ocorreram 36 encaminhamentos para internação em comunidade terapêutica. No ano de 2008 foram 84. Em 2009 foram internados 78 usuários. No ano de 2010, quando se encaminhou o projeto e o CAPS foi credenciado, foram 121 internações, ou seja, em média mais de 10 usuários internados por mês. Em 2011, até o mês de julho foram encaminhadas 39 internações. Comparando com a mesma época no ano anterior, em que já havia 60 usuários internados, percebe-se uma diminuição dessa necessidade, que pode estar amparada no fato de o CAPS estar desenvolvendo suas atividades, conforme preconizados pela Política Nacional para Atenção aos Usuários de Álcool e outras Drogas (MS, 2004a).

Historicamente o cuidado com o usuário de drogas tem envolvido práticas baseadas no modelo da abstinência como meta única. Contudo, existe a possibilidade de inclusão de outras práticas de cuidado, como na abordagem da redução de danos, em que se oferecem alternativas ao tratamento tradicional de usuários de drogas, porque reconhece cada usuário em sua singularidade, traça com ele estratégias que estão voltadas não para a abstinência em si, mas para a defesa de sua vida. É um método não excludente de outros, mas que concebe que tratamento significa aumentar o grau de liberdade, de corresponsabilidade daquele que está se tratando (MS, 2004a).

Um estudo realizado por Oliveira e Nappo (2008a) identificou um padrão de comportamento denominado como “uso controlado” do crack, com menores implicações individuais e sociais. Segundo o estudo o usuário que já passou pela fase compulsiva, e se conscientizou das complicações decorrentes do uso desta substância, sentiu-se motivado em controlar o uso e até mesmo cessá-lo. Atividades de rotina ligadas ao trabalho, estudo e família, foram estratégias de autorregulação desenvolvidas pelo usuário, com base em suas crenças e valores pessoais.

Outra possibilidade de tratamento é a proposta por Marlatt e Witkiewitz (2009) sobre o programa de Prevenção de Recaída (PR). Eles o descrevem como uma estratégia para o problema da fissura e abuso de substâncias. Através dele são geradas técnicas para prevenir ou manejar a ocorrência de recaídas. A PR tem como base o enfoque cognitivo-comportamental utilizado na fase de manutenção da mudança do comportamento adictivo. Prevenir a ocorrência de lapsos iniciais e evitar que esses lapsos progridam até a recaída total são seus objetivos principais.

Em relação aos usuários de outras drogas, Duailibi, Ribeiro & Laranjeira (2008) referem que os consumidores de crack, procuram tratamento com maior precocidade, porém apresentam menos aderência aos Serviços de Saúde e abandonam o tratamento com maior frequência. Diante desse fato, esta pesquisa se insere com a proposição de responder o seguinte problema: **Qual é a percepção da adesão ao tratamento em usuários de crack atendidos em um CAPS I?**

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Descrever a percepção de usuários de crack atendidos em um CAPS I de um município de médio porte do Rio Grande do Sul sobre a sua adesão ao tratamento proposto.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar o funcionamento do Serviço e o perfil dos usuários;
- Caracterizar a trajetória dos participantes no uso do crack e sua inserção nos tratamentos;
- Caracterizar a rede social significativa dos usuários e seu papel no tratamento;
- Identificar a mudança percebida em função do tratamento e sua relação com a adesão.

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Revisão de Literatura

Com o intuito de realizar um levantamento de artigos científicos publicados sobre o tema crack e a questão do tratamento no Brasil e América Latina, utilizou-se o portal da Biblioteca Virtual em Saúde – Psicologia da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (BVS-Psi ULAPSI). Nesse portal, estão indexadas bases de dados que são referências para pesquisas nacionais, dentre elas a SciELO e a PePSIC, as quais foram incluídas para terem seus resultados analisados.

A SciELO (Scientific Electronic Library Online) é uma biblioteca eletrônica composta por uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. Resulta de um projeto de pesquisa da FAPESP – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, em parceria com a BIREME – Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde. Desde o ano de 2002, conta com o apoio do CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

A PePSIC (Periódicos Eletrônicos em Psicologia) é uma fonte de conhecimento psicológico e científico gerado nos países da América Latina. É o resultado da parceria entre Fórum de Entidades Nacionais da Psicologia Brasileira (FENPB), da Biblioteca Dante Moreira Leite do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IP/USP) e do Centro Latino Americano e do Caribe de Informações em Ciências da Saúde – BIREME, que cedeu o modelo de publicação eletrônica de periódicos para países em desenvolvimento conforme a Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Tendo como referência o período de 05 anos, incluíram-se as publicações entre os anos de 2006 e 2011, a fim de que se pudesse ter acesso *online* gratuito ao texto completo. A busca dos artigos científicos foi realizada através do descritor “crack”. Foram excluídos artigos que não faziam referência direta ao crack como substância psicoativa, como por exemplo, artigos da área de engenharia dos materiais, química, agronomia, entre outras. Também foram descartados os artigos publicados em data não compatível com o período estudado. Resultaram 32 publicações para análise, conforme exposto na tabela 01. Nesta é possível verificar o ano, os periódicos e o tema principal de cada publicação.

Diferentes áreas de conhecimento possuem artigos publicados sobre a temática, demonstrando a interdisciplinaridade em torno do

assunto. A prevalência maior ocorreu em periódicos da Psiquiatria (n=11). No campo da Saúde Pública e da Psicologia, foram identificados 06 artigos respectivamente. Em seguida, tanto na área da Medicina, como da Enfermagem foram analisados 04 artigos. A área da Fonoaudiologia apresentou 01 artigo publicado.

Tabela 1- Lista de periódicos por ano, revista e tema

Ano	Periódico	Tema
2006	Rev. Bras. Terapias Cognitivas	Consequências, prejuízos e danos
2006	Rev. Bras. de Terapia Intensiva	Consequências, prejuízos e danos
2006	Rev. Brasileira de Psiquiatria	Consequências, prejuízos e danos
2006	Rev. Brasileira de Psiquiatria	Consequências, prejuízos e danos
2007	Rev. Brasileira de Psiquiatria	Consequências, prejuízos e danos
2007	Rev. Brasileira de Psiquiatria	Consequências, prejuízos e danos
2007	Rev. Bras de Doenças Infecciosas	Consequências, prejuízos e danos
2008	J. Brasileiro Pneumologia	Consequências, prejuízos e danos
2008	Estudos de Psicologia	Tratamento/Intervenção
2008	Rev. de Saúde Pública	Perfil do usuário/consumo
2008	Cadernos de Saúde Pública	Perfil do usuário/consumo
2008	Rev. de Psiquiatria do RS – SPRS	Perfil do usuário/consumo
2008	Rev. Psiq Clín.	Perfil do usuário/consumo
2008	Rev. de Saúde Pública	Consequências, prejuízos e danos
2008	Rev. de Psiquiatria Clínica	Tratamento/Intervenção
2008	Rev. Interam. Psicologia	Consequências, prejuízos e danos
2009	Rev. de Psiq. do RS – APRS	Tratamento/Intervenção
2009	Aletheia	Consequências, prejuízos e danos
2009	Clinical Science	Consequências, prejuízos e danos

2009	Rev. Soc. Bras de Fonoaudiologia	Consequências, prejuízos e danos
2009	Rev. Latino-Am de Enfermagem	Fatores de risco
2009	Psicologia para América Latina	Redução de Danos
2009	Saúde e Sociedade	Redução de Danos
2010	J. Brasileiro Psiquiatria	Consequências, prejuízos e danos
2010	Psicologia: Teoria e Pesquisa	Consequências, prejuízos e danos
2010	Rev. Psiq Clin	Tratamento/Intervenção
2010	Rev. Brasileira de Enfermagem	Fatores de risco
2011	Rev. de Saúde Pública	Perfil do usuário/consumo
2011	J. Brasileiro Psiquiatria	Tratamento/Intervenção
2011	Ciência e Saúde Coletiva	Perfil do usuário/consumo
2011	Rev. Gaúcha de Enfermagem	Tratamento/Intervenção
2011	Rev. Latino-Am de Enfermagem	Perfil do usuário/consumo

Os anos de 2008 e 2009 foram os de maior produção literária sobre o tema crack nos períodos estudado, com 09 e 07 artigos publicados respectivamente. As revistas com maior número de artigos publicados foram a Revista Brasileira de Psiquiatria (n= 4) e a Revista de Saúde Pública (n= 3).

Dentre os estudos, somente 05 abordaram a questão do tratamento de usuários de crack. A intervenção breve através da Entrevista Motivacional foi verificada nos estudos de Andretta e Oliveira (2008) e de Bisch *et al.* (2011), demonstrando resultados positivos no uso desta estratégia no que diz respeito à abstinência do uso. Já Zeni e Araújo (2011) verificaram que as técnicas de relaxamento empregadas durante o tratamento, auxiliam no manejo da fissura e da ansiedade vivenciadas por dependentes de crack. Ainda, tendo em vista o tema fissura, as autoras verificaram que a abstinência de tabaco melhora o resultado do tratamento por crack, isto porque a fissura de uma substância tem relação com a fissura da outra (Zeni & Araújo, 2011). Outro estudo desenvolvido por Araújo, Pedroso e Castro (2010) realizou a adaptação transcultural do Cocaine Craving Questionnaire – Brief (CCQ-Brief), para avaliação da fissura por cocaína e uma versão

para usuários de crack. Com a equivalência satisfatória, os autores sugerem que essa escala seja incluída no processo de tratamento. Ainda nesta categoria, incluiu-se um estudo sobre pesquisa de marcadores que indicam uso de crack em exame de urina. Esta técnica também pode ser utilizada em algumas modalidades de tratamento, em especial as que consideram a abstinência a meta para a recuperação (Carvalho, Chasin & Carvalho, 2008).

Outros dois estudos (Silva, Spiassi, Alves, Guedes & Leigo, 2009; Bravo, 2009) envolveram a estratégia de redução de danos e verificaram ser essa uma boa proposta de acolhimento, acompanhamento e encaminhamento ao usuário de crack, inclusive aproximando o usuário dos serviços de saúde e da rede socioassistencial. Por outro lado, essa estratégia ainda gera resistência entre os profissionais que acompanham usuários de crack, no sentido de condução e de execução das ações, conforme foi verificado no estudo realizado por Bravo (2009), que avaliou as ações de redução de danos dentro do sistema penitenciário brasileiro.

A relação do uso de crack com o comportamento sexual de risco e a contaminação por doenças sexualmente transmissíveis e HIV foi encontrada em 05 artigos (Pechansky *et al.* 2007; Nunes, Andrade, Galvão-Castro, Bastos & Reingold (2007); Azevedo, Botega & Guimarães (2007); Malta *et al.* (2008); Carvalho & Seibel (2009). Os estudos chamam a atenção para a baixa autopercepção de risco que o usuário de crack possui. Outro estudo realizado por Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias e Laranjeira (2006) refere que a causa de morte mais comum entre os usuários de crack é consequência da contaminação pelo HIV. Além disso, a mortalidade do usuário também está relacionada aos problemas decorrentes de práticas ilegais, como a violência. Mesmo assim, a expectativa de vida tem aumentado segundo Ribeiro *et al.* (2010), pois o usuário vem desenvolvendo estratégias para lidar com os riscos decorrentes do uso da droga. De acordo com este estudo, antigamente esperava-se que o usuário de crack vivesse poucos anos e hoje é comum encontrar usuários que consomem a substância há mais de 05 anos.

Os danos decorrentes do uso de crack podem ser tanto orgânicos, quanto psíquicos. No primeiro caso, por exemplo, podem ocorrer perdas cognitivas na área da memória verificadas no estudo de Rodrigues, Caminha e Horta (2006); as complicações cardiovasculares (Gazoni *et al.* 2006); prejuízos no trato respiratório (Mançano *et al.* 2008); e a exposição ao alumínio sérico (Pechansky *et al.* 2007), ao fato de, no Brasil, serem utilizadas latas de alumínio para o consumo da

substância. Em relação aos danos psíquicos, os estudos de Silva *et al.* (2009) e de Scheffer, Pasa e Almeida (2010) observaram que é frequente a ocorrência de transtornos psiquiátricos associados ao uso de crack, sendo o de humor o mais presente. Prejuízos também ocorrem no que diz respeito à formação educacional, pois o quanto antes se inicia o uso do crack, mais precocemente é interrompido o vínculo escolar (Stella, Rossi & Govone, 2008). Segundo Nigri, Samelli e Schochat (2009) é comum usuários de cocaína/crack apresentarem queixas de hiperacusia, alucinação auditiva, zumbido e alteração de equilíbrio, porém não se comprovou que tais queixas eram decorrentes do uso, pois não foi encontrado na pesquisa nenhum efeito danoso sobre o sistema auditivo em nível de tronco encefálico.

O risco de se tornar dependente de crack aumenta se a pessoa já tiver tido experiência anterior com álcool e fumo, se houver convivência com algum amigo que seja usuário, se não possuir conhecimento suficiente sobre a droga, se tiver baixa autoestima e se for jovem (Funes *et al.* 2009) e também, se na família for rotineiro o consumo de drogas, se houver história de abandono escolar e se o acesso ao crack for facilitado (Mombelli, Marcon & Costa, 2010). Portanto, essas situações quando identificadas, devem ser consideradas como fatores de risco para se planejar atividades de prevenção ao uso de drogas.

As publicações identificam ainda as características referentes ao consumo do crack a partir de vivências e relatos do cotidiano dos usuários (Oliveira & Nappo, 2008b; Raupp & Adorno, 2011), e as características e perfil do usuário, como, por exemplo, estar em situação de desemprego, possuir baixa escolaridade, ser jovem, fazer uso concomitante de outras substâncias, possuir um padrão de uso compulsivo, coincidindo com alguns aspectos dos estudos dos fatores de risco (Dualibi *et al.* 2008; Guimarães, Santos, Freitas & Araújo, 2008; Oliveira & Nappo, 2008a; Dias *et al.* 2011; Vargens, Cruz & Santos, 2011) que serão melhor detalhadas na seção 3.4.

Pode-se afirmar que, apesar da importância das informações veiculadas nos últimos cinco anos, nas bases de dados estudadas, a produção científica brasileira, ainda está aquém da magnitude do problema do crack em nosso país, que tem se tornado, cada vez mais, um dos problemas graves no quadro de atenção aos usuários de drogas nas redes de saúde coletiva.

Em específico ao tema da adesão ao tratamento de usuários de crack, não se encontrou nenhum artigo publicado, tornando-a uma questão desafiadora para os dispositivos de atenção à saúde mental, em especial nos serviços que atendem aos usuários de drogas.

3.2 Dependência de Drogas e os Conceitos Básicos

O crack, assim como outras drogas, implica em alguns conceitos intimamente ligados ao consumo de substâncias, entre eles o de uso, abuso e dependência, segundo parâmetros utilizados pelos serviços e profissionais da saúde. Para Silva e Laranjeira (2004) a definição desses conceitos não está clara, porque não há uma fronteira que os separam, na medida em que se considera a ideia de continuidade entre os diferentes níveis de consumo. Desta forma, os autores explicam que, inicialmente os indivíduos passariam pela fase do uso experimental ou social, onde se concentra um maior número de pessoas, implicando um consumo de substâncias de forma esporádica, em situações sociais, culturais, familiares.

Alguns de seus consumidores sociais evoluem para o padrão de abuso – quando a frequência e a quantidade de doses aumentam e o uso da substância já está associado com algum tipo de prejuízo biológico, psicológico ou social. Esse padrão varia de acordo com cada tipo de droga e seus efeitos, mas atinge um número bem menor de pessoas.

Por fim, uma quantidade menor destes abusadores evoluem para um padrão dependente – consumidores sem controle, cuja vida passa a girar em torno do consumo da substância e da recuperação de seus efeitos e prejuízos (Silva & Laranjeira, 2004). Um número bem menor de usuários chega a esse padrão, sendo, na população brasileira, em torno de 12% dos usuários de álcool e de 1% para os consumidores de outras drogas (Carlini *et al.* 2006).

A definição desses conceitos está presente em dois dos manuais mais utilizados na classificação de transtornos mentais: o CID-10 – Classificação Internacional de Doenças – elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o adotado no Brasil pelo Sistema Único de Saúde, o SUS; e o DSM-IV – Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – elaborado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Em geral, os manuais apresentam-se de forma semelhante quanto à definição dos conceitos relacionados ao uso indevido de drogas, diferindo, no entanto, na terminologia.

Um conceito usado de forma semelhante, porém com termos diferentes é o de uso nocivo e abuso. O uso nocivo (ou prejudicial) é utilizado pelo CID-10 para identificar um padrão de uso que causa prejuízo físico ou mental à saúde, e é análogo ao que o DSM-IV refere como abuso: um padrão mal-adaptativo de uso de substâncias, incluindo as consequências prejudiciais do uso repetido.

O termo dependência foi introduzido pela OMS, no ano de 1964, referindo-se a todas as substâncias psicoativas, quando estas são usadas de forma compulsiva na busca de bem-estar ou para evitar sensações desagradáveis. A dependência pode ser física ou psíquica, de acordo com seus efeitos. A dependência psíquica ocorre quando há a perda de controle sobre o consumo da substância e a dependência física está associada à tolerância e aos sintomas de abstinência (OMS, 1994).

Para entender a dependência, Silva e Laranjeira (2004) destacam a necessidade de se compreender os mecanismos pelos quais as drogas agem no sistema nervoso central, pois a dependência tem caráter essencialmente cerebral. Segundo esses autores, sintomas decorrentes do uso agudo e crônico de drogas, como, por exemplo, a alteração do comportamento, da motivação e da capacidade de julgamento, são originados diretamente por esta ação.

O CID-10 define a dependência como uma síndrome composta pelo conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, incluindo a prioridade dada ao uso de uma substância ou de uma classe de substâncias na vida de um indivíduo em detrimento aos outros comportamentos que tinham valor anteriormente. Caracteriza-se pelo forte desejo ou compulsão de consumir drogas psicoativas e na persistência do uso, apesar das evidências de que ocorrem consequências prejudiciais à saúde. Inclui o estado de abstinência fisiológico e tolerância (OMS, 1993). O DSM-IV define a dependência como um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que resulta em tolerância, síndrome de abstinência e comportamento compulsivo de consumo da droga (APA, 2002).

A síndrome de abstinência ocorre quando o uso da substância cessa ou é reduzida no uso de um indivíduo que manteve um padrão pesado e prolongado. Há a necessidade de se consumir novamente a substância para aliviar ou evitar os sintomas da abstinência, os quais podem ser físicos e psicológicos. No caso da abstinência de cocaína, o humor torna-se disfórico e ocorrem alterações fisiológicas como a fadiga, sonhos vívidos e desagradáveis, insônia ou hipersonia, aumento do apetite e retardo ou agitação psicomotora (APA, 2002). Estas alterações causam sofrimento e prejuízos no funcionamento social, ocupacional ou em outras áreas importantes. O início e tempo de duração do estado de abstinência é limitado e relaciona-se com o tipo de substância e a dose que vinha sendo administrada (APA, 2002; OMS, 1993).

A tolerância é identificada quando o indivíduo consome doses da substância progressivamente maiores para obter os efeitos que eram,

inicialmente, produzidos por doses mais baixas (APA, 2002; OMS, 1993). O efeito sofre acentuada redução ao longo do uso continuado da mesma quantidade de substância. O indivíduo que consome a substância em maiores quantidades ou por um período mais longo do que se pretendia no início, apresenta um padrão compulsivo de uso. Apesar do conhecimento das dificuldades que o uso da droga lhe causa, o indivíduo apresenta repetidos fracassos em manter-se abstinente (APA, 2002).

Em relação ao uso da cocaína/crack, como ela age no Sistema Nervoso Central, bloqueando a recaptção da dopamina e consequentemente estimulando os receptores neuronais, são proporcionados efeitos positivos que instigam indivíduo a buscá-los compulsivamente. Algumas sensações ocorrem com o aumento das habilidades físicas e mentais, como: euforia, bem-estar, agilidade, redução do apetite, desinibição, que irão encorajar o uso contínuo da substância (Bordin *et al.* 2004). Com o tempo de uso o indivíduo pode considerar cada vez mais difícil resistir à cocaína quando ela estiver disponível e necessitar de doses frequentes para a manutenção dos efeitos sinalizando características iniciais da dependência.

Outro termo frequentemente relacionado ao uso de drogas é fissura ou *craving*. Esse termo é comumente referido ao desejo urgente de utilizar uma substância específica, o que provoca alterações de humor, sensações físicas e modificações de comportamento. Pode ocorrer tanto na fase de consumo como de abstinência. Os estudos demonstram a relação entre a fissura e a recaída, no sentido que a primeira induz a segunda e também consideram estes fenômenos independentes, não havendo uma teoria que forneça uma explicação completa sobre *craving* (Drummond, 2001; Formigoni, Kessler & Pechansky, 2008; Zeni & Araújo, 2011; Araújo, Oliveira, Pedroso, Miguel & Castro, 2008).

A fissura, em usuários de crack, é relacionada com uma sensação negativa despertada pela vontade de usar a substância. Foram identificadas, no estudo desenvolvido por Chaves, Sanchez, Ribeiro e Nappo, (2011), três situações que podem despertá-la: ao evocar lembranças e sentimentos do uso do crack, desencadeados por estímulos externos e internos; ao buscar a sensação de prazer ou evitação do desconforto quando cessam os efeitos do uso; e no desenvolvimento do padrão *binge* de uso, ou seja, intenso, contínuo e repetitivo (Chaves *et al.* 2011).

3.3 Crack e sua História

3.3.1 Contexto Internacional

O surgimento do crack como droga de consumo tem como principal influência a questão política mundial em torno da cocaína. Ao se contextualizar o crack é necessário considerar o momento sócio-histórico-cultural que ora levou à aceitação e ora ao rechaço do consumo da cocaína (Raupp, 2011).

Alcalóide presente na planta *Erythroxylon coca*, arbusto natural da região dos Andes, seu uso, tanto endovenoso, como intranasal, ou ainda, adicionado em bebidas, como era o caso da Coca-Cola, teve grande popularidade entre 1885 e 1905. Era utilizada como medicamento para tratamento de vários males, como, por exemplo, a depressão e como anestésico local nas cirurgias oftalmológicas. Um pesquisador e grande propagandista dos efeitos psicoativos proporcionados pela cocaína foi Sigmund Freud, o qual, no ano de 1884, escreveu um artigo sobre esta substância. Freud recomendava a administração oral de 50 a 100mg de cocaína como estimulante e euforizante no tratamento de depressões (Ferreira & Martini, 2001; Bahls, & Bahls, 2002; Domanico, 2006).

A partir dessa época, nos Estados Unidos, o uso de bebidas alcoólicas, opiáceos e de cocaína passou a ser visto como um problema social. O consumo de cocaína era associado à população negra, e posicionamentos racistas impulsionaram campanhas contra o uso desta substância, pois ele motivaria os negros a praticarem atos de violência contra a população branca. A cocaína nunca deixou de ser usada, mas seu prestígio diminuiu muito entre os anos de 1920 e 1970, quando seu uso começa a ser motivo de preocupação devido aos efeitos adversos que ocasionava e também, por ser considerada uma prática das populações marginalizadas e porque seu uso passa a ser considerado ilegal (Bahls & Bahls, 2002; Domanico, 2006).

O consumo da cocaína reaparece nos anos 1970, desta vez pelas camadas de maior poder aquisitivo, devido ao valor elevado pelo qual tal droga era vendida. Seu consumo tinha uma conotação de ser uma droga segura, de uso recreacional e que não causava dependência (Bahls & Bahls, 2002; Ferreira & Martini, 2001). Iniciam, nessa mesma época, as políticas referentes à repressão da sua produção e comercialização, como, por exemplo, a identificação e fechamento de laboratórios próprios para seu refino e a restrição no mercado dos solventes essenciais utilizados na produção do cloridrato de cocaína. Essa

conjuntura favorece o surgimento do crack (Raupp, 2011; Domanico, 2006).

O uso do cloridrato de cocaína em pó era muito comum, porém o crack tornou-se logo muito popular. Segundo Domanico (2006), dois fatores influenciaram para que isso acontecesse: o valor de venda reduzido permitiu o acesso à população de menor renda; e o fato de a via de administração ser pulmonar, atingindo rapidamente o cérebro e levando a efeitos mais potentes. Assim os comerciantes de drogas buscaram na venda do crack uma alternativa para recuperar as perdas financeiras ocasionadas pela política proibicionista antidrogas, através do subproduto da cocaína, considerado uma inovação da produção (Domanico, 2006).

A descrição do crack na literatura norte-americana ocorre pela primeira vez em meados dos anos 1980 (Kessler & Pechansky, 2008; Raupp, 2011; Bordin *et al.* 2004). Nessa época, ocorre um aumento do consumo da cocaína, sendo uma das razões a diversificação na forma de administração (aspirada, injetada e fumada). O crack passa a ser considerado uma nova e potente forma de usar a cocaína, através da via pulmonar, sendo predominantemente usado pelas populações negra e latina da periferia de Nova York, Los Angeles e Miami (Domanico, 2006).

O processo de produção da cocaína inicia com a secagem das folhas de coca. Posteriormente elas são moídas e colocadas numa prensa com ácido sulfúrico, querosene e gasolina. A massa obtida desta compressão é chamada de pasta base e contém 90% de sulfato de cocaína. Ao adicionar ácido hidrocloreto à pasta base, este age como solvente, removendo impurezas e produzindo o cloridrato de cocaína. Nesta apresentação, a cocaína pode ser aspirada, ingerida ou dissolvida em água para ser injetada (Domanico, 2006).

Já o crack quando consumido libera um vapor que é em grande parte cocaína pura, levando o usuário a experimentar efeitos intensos e representando menor risco de overdose em relação à cocaína injetável e menor risco de transmissão do vírus HIV – estigma presente nessa via de administração (Domanico, 2006). Ainda segundo essa autora, apesar de o crack poder ser produzido de forma caseira, ainda que em pequena escala, é comum que sua produção aconteça de forma industrializada, sendo vendido pelo traficante já pronto para ser consumido. Desta forma, o crack se apresenta de forma menos pura, estratégia usada pelos vendedores de drogas para evitar perdas financeiras maiores.

Uma característica do uso de crack no Brasil é que, ao invés dos cachimbos, os usuários desenvolveram engenhosamente uma nova

maneira de fumar, através de latas de alumínio furadas e do auxílio de cinzas de cigarro utilizadas para gerar um aumento da combustão quando a pedra é exposta ao fogo (Kessler & Pechansky 2008). Os primeiros relatos de usuários de crack, de acordo com os autores supracitados, são de que a ação era rápida, mas com pouca duração, e de uma fissura quase incontrolável experimentada quando a estavam utilizando, inclusive, sentindo-se escravos dos efeitos dela.

Nos Estados Unidos o consumo de crack diminuiu a partir da década de 90, em decorrência da melhora da economia e a entrada de outras drogas, como as anfetaminas. Se, por um lado, a redução do consumo naquele país chega a 60%, no Brasil ele começa a ser conhecido e utilizado pela população justamente nessa época (Kessler & Pechansky 2008), o que mostra a versatilidade dos mercados produtores de drogas, que funcionam com um mercado globalizado.

3.3.2 Contexto Nacional

A aparição do crack no Brasil não tem uma data precisa. Relatos de usuários da cidade de São Paulo e notificações do DENARC (Departamento de Narcóticos da Polícia Civil) de São Paulo apontam para os anos de 1987 e 1989, respectivamente (Domanico, 2006). A procura pelo crack começa a ser mais intensa a partir de 1991, principalmente por usuários da região central de São Paulo. No ano de 1993, o consumo já é intenso e em 1995 passa a ser considerado uma droga de disseminação entre os jovens em situação de rua (Raupp, 2011). O mesmo tempo cronológico é referido por Kessler e Pechansky (2008), que descrevem a trajetória semelhante ao que ocorreu na América do Norte. Segundo eles, a preocupação com o uso do crack e seus problemas passa a ser interesse dos profissionais de saúde e pesquisadores depois da virada do milênio.

No Brasil, o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID tem realizado importantes estudos sobre o tema das drogas. O I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil foi aplicado no período de setembro a dezembro de 2001, contemplando 107 cidades do país, incluindo as capitais brasileiras, o que representou 41,3% da população brasileira. Em relação ao crack, identificou-se a prevalência de 0,4% de uso na vida, ou seja, qualquer uso alguma vez na vida (Carlini, Galduróz, Noto & Nappo, 2002). No ano de 2005, a pesquisa foi replicada, dessa vez envolvendo as 108 maiores cidades do país. Os resultados apontaram um aumento na prevalência de uso na vida do crack, passando para 0,7%. Dentre as

regiões, a de maior prevalência foi a Sul, com 1,1% dos participantes da amostra com uso na vida. Outro resultado verificado foi que as mulheres apresentaram um aumento da prevalência de uso na vida de algumas drogas, incluindo o crack (Carlini *et al.* 2006). Esses dados, apesar de representarem um impacto pequeno em relação ao conjunto da população (em torno de 1%), significam um aumento estatístico significativo no uso do crack, praticamente dobrando a quantidade de usuários em menos de cinco anos.

Um estudo realizado por Oliveira e Nappo (2008b) sobre a acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso, após duas décadas do surgimento do crack na cidade de São Paulo, verificou que o valor de venda do crack não sofreu mudanças, sugerindo que a qualidade da droga tenha mudado. A coloração da pedra passou de amarela e de consistência rígida para a cor branca e pastosa, contendo diluentes como farinha, bicarbonato de sódio, talco, pó de vidro, pó de mármore e até fezes de animais. Esses autores conferem importância para a falta de estudos que identifiquem a composição química do crack, pois esse desconhecimento coloca a vida do usuário em risco (Oliveira & Nappo, 2008b). O crack produzido de forma caseira é utilizado por consumidores que procuram evitar o crack já preparado, por o considerarem impuro. Ao longo do tempo, começaram a surgir outras formas de preparar o crack, adicionando diferentes produtos à sua preparação, como é o caso da merla e do oxi (Domanico, 2006).

O acesso ao crack é simples, rápido e público. Uma das formas que o usuário utiliza para obter a droga foi identificada como *crack delivery*, que consiste na entrega das pedras em domicílio. O valor da pedra varia entre R\$ 5,00 e R\$ 20,00, conforme seu tamanho. Varia de valor a venda de uma quantidade mínima para uma tragada, que custa R\$ 0,50 e do “farelo ou pó de crack” que também é de custo inferior, porém sua composição química é facilmente alterada (Oliveira & Nappo, 2008b).

Esses autores referem ainda que, no Brasil, apesar dos graves problemas que o crack causa a quem o consome, como a marginalidade, a criminalidade e os efeitos físicos e psíquicos devastadores, o uso da substância vem aumentando ao longo dos últimos anos. Alguns estudos têm investigado as características dos usuários de crack, conforme é descrito a seguir.

3.4 O Usuário de Crack

O crack na maioria dos casos é a droga de preferência devido ao seu efeito prazeroso rápido, intenso e breve, podendo, por isso mesmo, levar rapidamente à dependência. De acordo com a OMS (1994), após 4 ou 6 segundos que se fumou o crack, o usuário experimenta uma sensação imediata de euforia e a diminuição da ansiedade, além da exagerada autoconfiança e autoestima. Os efeitos duram em torno de 5 a 7 minutos e logo o usuário experimenta uma sensação de disforia, sentindo a necessidade de repetir o uso para recuperar a excitação (OMS 1994). No estudo realizado por Oliveira e Nappo (2008a), identificou-se que usuários com histórico de consumir até 14 substâncias psicoativas diferentes, após usar o crack, acabavam dando preferência a ele.

As características sociodemográficas correspondentes ao usuário de crack são, em sua maioria, referentes a um usuário do sexo masculino, jovem – faixa etária entre 18 e 35 anos – solteiro, de baixa renda, baixo grau de escolaridade e sem vínculos empregatícios formais (Oliveira & Nappo, 2008a, 2008b; Dias *et al.* 2011; Garcia, *et al.*, 2012). Além disso, é comum o usuário de crack fazer uso combinado de outras drogas. Desta forma, a intensidade ou duração dos efeitos experimentados podem ser manipulados, amenizando os efeitos negativos e potencializando os efeitos positivos (Oliveira & Nappo, 2008a; Dias *et al.* 2011).

No Brasil, foi desenvolvido um grande estudo sobre o perfil dos usuários de cocaína e crack, realizado por Duailibi *et al.* (2008). Os autores apresentaram os principais achados na literatura nacional a partir de categorias temáticas como: estudantes, universitários, crianças e adolescentes em situação de rua, comportamento sexual de risco, pacientes que procuram tratamento, entre outros. Segundo esses autores, o usuário de crack caracteriza-se por ser poliusuário ou apresentar antecedente de consumo de outras drogas, confirmando os achados de Oliveira & Nappo (2008a) e Dias *et al.* (2011). O início do consumo, geralmente, ocorre com drogas lícitas, como o tabaco e o álcool, na maioria das vezes quando se é muito jovem e de modo pesado. A primeira experiência com drogas ilícitas costuma ser com a maconha. Se comparados aos usuários de cocaína intranasal, o padrão de consumo do crack é feito de forma mais grave, com maior envolvimento em atividades ilegais, como a prostituição, além de a pessoa ter maior chance de morar ou ter morado na rua (Duailibi *et al.* 2008).

A maioria dos usuários de crack, numa perspectiva internacional, provém de camadas desprivilegiadas da população. Já no

Brasil, o consumo de crack, também tem atingido as camadas de maior renda, porém há maior discricção nas práticas ilícitas e uma atenuação dos próprios danos sociais e de saúde (Domanico, 2006). O uso de crack nas classes de maior renda pode ser, segundo Kessler e Pechansky (2008) em decorrência de comorbidades psiquiátricas, como os transtornos de personalidade e os de humor.

A realização de atividades ilícitas são frequentemente associadas com usuários de crack, principalmente as relacionadas ao esgotamento dos recursos financeiros em favor da eliminação da fissura e da urgência em repetir o uso da droga. Algumas atividades ilícitas são citadas como práticas características desta população: prostituição, tráfico, roubos, sequestros, venda de pertences próprios e de familiares e golpes financeiros (Oliveira & Nappo, 2008a). A presença de antecedentes criminais em dependentes de crack está relacionada com sintomas de depressão, ansiedade e fissura mais intensa (Guimarães *et al.* 2008).

O índice de mortalidade entre usuários de crack é demonstrado na relação dos óbitos com causas externas, principalmente pelo homicídio e pela AIDS. Os estudos referem que o risco de morte dessa população é maior quando comparado à população em geral (Dias *et al.* 2011; Ribeiro *et al.* 2006; Kessler & Pechansky, 2008). O comportamento sexual de risco à infecção pelo HIV tem sido diretamente associado ao consumo de cocaína e crack. Os usuários apresentam um número elevado de parceiros, realizam sexo sem proteção e, comumente, trocam sexo por crack ou por dinheiro que será usado na aquisição da substância (Duailibi *et al.* 2008; Oliveira & Nappo 2008b; Nunes, Andrade, Galvão-Castro, Bastos & Reignold, 2007; Azevedo, Botega & Guimarães, 2006).

Sobre os danos físicos ocasionados pelo uso do crack, Domanico (2006) diz que o ato de fumar leva à inspiração de partículas sólidas, causando prejuízos no trato respiratório. Como é uma droga estimulante do Sistema Nervoso Central, diminui o apetite, a necessidade de sono e aumenta a agitação motora. Com isso, o usuário tende a reduzir a ingestão de alimentos podendo levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Podem ocorrer também, rachaduras nos lábios, devido à falta de ingestão de água e de salivação, cortes nos dedos das mãos causados pela ação de quebrar a substância, além de queimaduras nos dedos, ou até mesmo no nariz, causados pela chama quando o crack é exposto ao fogo.

A autora acima citada descreve ainda outros problemas que facilmente são detectados no contato com os usuários, porém não são

comuns em estudos, como as perdas de vínculos familiares e sociais, inclusive situações em que as famílias teriam desistido de ajudar o usuário diante da continuidade do consumo; o abandono do estudo e do trabalho para se ocuparem da sua principal atividade: o uso do crack (Domanico, 2006).

3.5 Políticas Públicas e Tratamento

As políticas públicas sobre álcool e drogas surgem no contexto brasileiro no início do séc. XX. Nesta época o uso de drogas além de ser considerado crime, prejudicava o controle sobre a classe trabalhadora e, por isso, o foco era a realização de campanhas antialcoólicas, como palestras. Em 1976 é instituída a lei nº 6368, que versa sobre prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de drogas. Com ela, tanto traficante como usuário são passíveis de receberem pena de detenção (Garcia, Leal, & Abreu, 2008).

Essa legislação repressora começa a gerar uma preocupação no governo, devido ao aumento do comércio ilícito de drogas e da continuidade do consumo, torna-se cada vez mais difícil o controle da situação. O Ministério da Justiça já havia criado em 1970 o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão, com representação nas três esferas governamentais: federal, estadual e municipal para realização dessas atribuições. Essa conjuntura impulsiona o surgimento dos Conselhos Antidrogas, através desse Sistema, também com atuação nas três esferas. Mais tarde, em 1980, há a legitimação dos conselhos, que passaram a ser chamados de Conselhos de Entorpecentes (Garcia *et al.* 2008). Atualmente a nomenclatura utilizada é Conselhos sobre Drogas.

No ano de 1998 é criada a Secretaria Nacional Antidrogas, que posteriormente, no ano de 2008, passa a ser chamada de Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas – SENAD. Sua responsabilidade é articular, coordenar e integrar as ações intersetoriais do governo na área de redução da demanda de drogas, e também de implementar, acompanhar e fortalecer a Política de drogas no país (Duarte & Branco, 2008). A essa Secretaria compete a coordenação e articulação da Política Nacional Antidrogas – PNAD (Garcia *et al.* 2008).

Nesse mesmo ano, a SENAD promoveu o I Fórum Nacional Antidrogas, com o intuito de se elaborar a PNAD. Sua consolidação ocorreu no ano de 2002, por meio do Decreto nº 4.345. Outros Fóruns foram acontecendo e, no de 2004, inicia-se um processo de realinhamento da Política vigente, levando à mudança de sua

nomenclatura para Política Nacional sobre Drogas (Duarte & Branco, 2008).

No ano de 2006 é aprovada a lei nº 11.343/06 que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, em perfeito realinhamento com a PNAD. A finalidade dessa lei é de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários de drogas, e também de ações de repressão ao tráfico. A nova lei faz uma distinção entre usuários/dependentes de drogas – que não estarão mais sujeitos à pena privativa de liberdade – e traficantes, aumentando o tempo de prisão. (Duarte & Branco, 2008).

No que diz respeito à estruturação da rede de serviços em saúde mental, inserida no Sistema Único de Saúde – SUS, foi aprovada a lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. O Ministério da Saúde publica diversas portarias que orientam um modelo de tratamento para as pessoas que possuem sofrimento psíquico, incluindo problemas com álcool e outras drogas. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas começa a se articular a partir do ano de 2002 (Delgado & Codeiro, 2009).

Inicia-se um período de transição de um modelo centrado no hospital psiquiátrico para um modelo de atenção comunitário. O dispositivo de atenção à saúde mental estratégico nessa transição é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), estabelecido pela portaria GM 336/02. Com seu surgimento, a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico é reorganizada. O CAPS tem a função de prestar atendimento em regime de atenção diária, promover a inserção social dos usuários, regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental e oferecer suporte para a atenção básica, evitando assim as internações em hospitais psiquiátricos (MS, 2005).

A construção de uma rede de cuidados é essencial para a consolidação da reforma psiquiátrica. Essa rede não se reduz somente ao conjunto de serviços de saúde mental do município, mas que a ela estejam permanentemente articuladas outras instituições, associações, cooperativas e variados espaços das cidades. Compõem a rede de atenção à saúde mental: os CAPS, os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), os Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e o Hospital Geral (MS, 2005).

Em 2003, é publicada a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral aos Usuários de álcool e outras Drogas. De acordo com essa política, o usuário de drogas deve receber atenção integral, sendo seu cuidado de base comunitária, no seu território. Não existe o objetivo

único de se chegar à abstinência e, sim, de melhorar a qualidade de vida dos usuários através da lógica de redução de danos e da intersetorialidade, ou seja, o tratamento não é só uma questão de saúde, mas também de possibilitar outros espaços de cidadania que incluam o usuário. O objetivo central da Política é ampliar o acesso ao tratamento, no sentido de mudar o antigo modelo assistencial, hospitalocêntrico, de exclusão e de falta de cuidados, evitando internações desnecessárias (Delgado & Cordeiro, 2009; MS, 2004a).

Após o movimento pela rede de atenção ao álcool e outras drogas, no ano de 2010, o problema em relação ao uso de drogas ressurgiu, desta vez tendo como tema a problemática do crack. O Decreto nº 7.179 instituiu o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, visando à prevenção do uso, ao tratamento, à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico. Uma das ações imediatas propostas pelo decreto é a ampliação de leitos em Hospitais Gerais para casos de intoxicação aguda, e em Comunidades Terapêuticas, através de apoio financeiro do Ministério da Saúde para isto.

No dia 07 de dezembro de 2011, através do slogan “Crack, é possível vencer”, é lançado pelo governo federal o plano nacional para o enfrentamento do crack com base no tripé: prevenção, cuidado e autoridade. Dentre as medidas objetivadas, destaca-se a fiscalização e o policiamento das áreas de consumo, as “cracolândias”, através da instalação de câmeras de monitoramento; e do aumento da oferta de tratamentos de saúde e atenção aos usuários, como por exemplo com a criação de consultórios de rua e a criação de enfermarias específicas em hospitais do SUS.

Diante disso, verifica-se que o uso do crack tem-se tornado uma preocupação no cenário nacional, trazendo à tona reflexões sobre suas particularidades e sobre os modelos de atenção destinados a quem dele é dependente. De acordo com o estudo realizado por Duailibi *et al* (2008), o usuário de crack tende a buscar tratamento mais precocemente do que se comparado a usuários de outras substâncias. Com frequência são usuários concomitantes de outras substâncias, como álcool, tabaco e maconha. O estudo demonstrou ainda que, na década de 1990, entre 50 a 80% das vagas dos serviços ambulatoriais passaram a ser ocupadas por usuários de drogas ilícitas, assim como houve aumento das internações por uso de crack e cocaína. Sobre o uso combinado de substâncias, Oliveira e Nappo (2008a) afirmam que esta prática dificulta a identificação e severidade do uso de crack, prejudica a adesão do usuário a possíveis intervenções terapêuticas, bem como o sucesso das mesmas.

Os usuários de crack tendem a abandonar o tratamento com maior frequência do que usuários de outras drogas. Alguns fatores preditivos ao abandono são mencionados no estudo de Dualibi *et al.* (2008), como a existência de fatores legais, associação de dependência de álcool, nível baixo de habilidades sociais, perda dos pais na infância e ter algum membro na família com diagnóstico de transtorno mental.

Um tratamento destinado a usuários de crack deve considerar os padrões de consumo relativos a essa substância. Como já se mencionou anteriormente, o crack tem alto poder de levar à dependência e comumente os usuários apresentam um padrão compulsivo de uso. No estudo realizado por Dias *et al.* (2011) se investigou a evolução do consumo entre usuários de crack com histórico de tratamento, o qual pode continuar ocorrendo por anos. Verificou-se que o padrão de abstinência pode tanto ocorrer em curto prazo, como levar anos para se tornar efetivo. Neste sentido, Passos e Souza (2011) referem que na Redução de Danos a abstinência pode ser uma meta estabelecida pelo usuário, e não uma regra determinada por uma instituição, enquanto ideia de cura do doente. À medida que os usuários de drogas tomam para si a tarefa do cuidado e corresponsabilizam-se pela produção de saúde vão construindo a Redução de Danos.

3.6 Adesão ao Tratamento

As reflexões acima sobre as particularidades do usuário de crack e a relação delas com a busca de tratamentos de saúde, somados aos esforços do governo em melhorar e ampliar a oferta de modalidade de atenção nos remete a questão central deste estudo, que é a adesão desses usuários a uma terapêutica, no caso aquela proposta pelo CAPS. Segundo Leite e Vasconcellos (2003) o sucesso de uma terapêutica, a cura, o controle e a prevenção de uma patologia depende da adesão ao tratamento.

Em estudo realizado pelos autores supracitados que investiga a adesão à terapêutica medicamentosa, encontram-se diferenças de pressupostos sobre a definição desse conceito, alguns focalizando o fenômeno no paciente e outros buscando compreendê-la em fatores externos aos pacientes. Para eles, a adesão ao tratamento está relacionada com o tipo de enfermidade, a forma como o paciente vê seu estado e compreende sua doença. Aceitar o tratamento depende da aceitação da doença. Por isso é necessário que o profissional de saúde tente compreender os valores e crenças que o paciente tem em relação à saúde, à doença e ao tratamento (Leite & Vasconcellos, 2003).

Silveira e Ribeiro (2005) reforçam que para compreender a adesão deve-se mudar do foco da doença para o paciente, considerando suas características, sua maneira de viver, o contexto em que está inserido, qual o significado que a enfermidade tem para ele e a relação da pessoa assistida com a instituição que está vinculada para tratar-se. Para Vasters e Pillon (2011), tanto o usuário como a equipe de saúde devem estar envolvidos nas atividades integradas ao tratamento, objetivando o fortalecimento de mudanças no comportamento em relação ao uso da droga e ao tratamento.

Aproximando-se dessa descrição está o conceito utilizado por Scaduto e Barbieri (2009) ao definir adesão como a decisão tomada por aquele que procura um tratamento de saúde em segui-lo. Segundo esses autores, a adesão envolve uma relação entre usuários do serviço e profissionais de saúde. Para Silveira e Ribeiro (2005) o que estrutura e consolida o processo de adesão é o vínculo entre paciente e profissional.

O profissional de saúde influencia positivamente o processo de adesão quando acolhe o paciente, demonstra motivação para o cumprimento da terapia, realiza consultas com disponibilidade de tempo, utiliza de linguagem acessível ao paciente e é respeitoso com suas dúvidas. É decisivo para a adesão que o usuário tenha confiança para com a prescrição, com a equipe de saúde e pessoalmente com o profissional médico. Se as recomendações forem feitas por um profissional que atue na própria comunidade, que possua menor grau de especialização, a adesão será facilitada, pois este compartilha dos mesmos costumes e crenças do paciente (Leite & Vasconcellos, 2003; Lustosa, Alcaires & Costa, 2011).

Os fatores presentes na adesão ao tratamento são os terapêuticos e os educativos, abrangendo aspectos relacionados a como o sujeito reconhece e aceita suas condições de saúde, como se adapta a essas condições, como identifica fatores de risco no seu estilo de vida, como mantém hábitos e atitudes que promovam a qualidade de vida e se desenvolve consciência para o autocuidado. Há ainda os fatores relacionados aos profissionais de modo que as ações de saúde sejam direcionadas à pessoa e não exclusivamente aos procedimentos, incluindo orientação, informação, esclarecimentos, adaptação dos regimes terapêuticos ao estilo de vida do paciente e, por fim, suporte social e emocional (Silveira & Ribeiro, 2005).

Por outro lado, quando se fala na não adesão, a relação profissional/paciente não é, geralmente, considerada, sendo comum a culpabilização do paciente. Não aderir é, em geral, considerada uma atitude desviante e irracional, demonstrando ignorância dos pacientes

sobre a importância do tratamento (Leite & Vasconcellos, 2003; Scaduto & Barbieri, 2009; Lustosa, *et al.* 2011). No caso de tratamento por uso de drogas, Schneider *et al.* (2004) refere que os motivos que levam a evasões estão relacionados à ordem pessoal ou psicológica, como a compulsão e recaída pela droga e a não aceitação da doença; aos relacionamentos sociais, como a dificuldade interpessoal; ou podem ser por ordem familiar, quando a família não adere ao tratamento. Há ainda os motivos práticos que levam ao abandono do tratamento, como o local de serviço estar distante da residência do usuário, os horários de atendimento incompatíveis com suas necessidades e o tempo dispensado para o tratamento. O excesso de otimismo em relação a si mesmo e uma atitude negativa em relação à terapêutica também prejudica a adesão (Surjan, Pillon & Laranjeira, 2000).

Para Lustosa *et al.* (2011) é muito difícil identificar a falta de adesão, bem como quantificá-la. Com o objetivo de verificar o impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão de usuários de drogas a um CAPSad, Peixoto *et al.* (2010) constatou que o paciente com maior dificuldade de aderir a um tratamento por uso de drogas apresenta como características ser jovem, com idade média de 32,9 anos, faz uso de drogas ilícitas por pelo menos 15,7 anos e aparentemente demonstra ter menos estruturação familiar. Isso quer dizer, segundo o estudo realizado pelo autor, que há maior prevalência de pacientes cujo registro de nascimento não foi feito por pai e mãe, e que com menor convívio familiar. Comparando este perfil com as abordagens utilizadas pelo CAPSad identificou-se que estas são direcionadas quase que exclusivamente aos homens, mais velhos, alcoolistas e que apresentam uma dinâmica familiar capaz de apoiar o tratamento, afastando-se das características da não adesão. O autor destaca que o problema no Brasil não é a oferta de tratamento, mas a adequação das abordagens propostas, no sentido de que elas objetivem maior adesão ao tratamento (Peixoto *et al.* 2010).

A necessidade de se adequar às abordagens terapêuticas também foi verificada na atenção a adolescentes, havendo algumas características que podem tornar o tratamento no CAPS mais atrativo, efetivo e facilitador da adesão. Dispor de uma equipe multidisciplinar acolhedora e instrumentalizada para o atendimento de adolescentes, que estimule o vínculo tanto do adolescente quanto de sua família, envolvendo-os nas atividades propostas do serviço, sendo estas mais interessantes e motivadoras, com outras pessoas da mesma faixa etária, com localização de fácil acesso e disponibilidade de atendimento em horários considerados de risco em relação às drogas, são os fatores

facilitadores apontados pelos próprios adolescentes (Vasters & Pillon, 2011).

Outra situação que deve ser considerada num tratamento por uso de drogas é o uso associado a algum transtorno psíquico. Nesse caso, as chances de a pessoa se manter em tratamento ou terminá-lo é menor, quando comparado a quem usa só drogas. Outro agravante é que são maiores as taxas de recaída e de re-hospitalização no pós-tratamento (Pinho, Oliveira & Almeida, 2008).

De acordo com Surjan *et al.* (2000) os serviços de saúde destinados a atender usuários de drogas devem estar planejados para atender às necessidades dos pacientes e com isso aumentar as chances de aderência ao tratamento. Com a localização do serviço próximo à casa do paciente, o contato com a família também é favorecido. Quando o serviço não oferece uma resposta imediata para suas necessidades e interrompe o tratamento, o usuário busca suporte em outras instituições, como na participação de alguma entidade religiosa (Surjan *et al.* 2000).

Diante dessas observações constata-se que um tratamento para usuários de drogas deve considerar as heterogeneidades da população atendida a fim de que haja o favorecimento da adesão. O CAPS prevê que, ao ser acolhido, seja construído um Plano Terapêutico Singular juntamente com o usuário, respeitando suas particularidades, buscando como resultado sua reabilitação psicossocial. Segundo Pinho *et al.* (2008), a reabilitação psicossocial é promotora de autonomia e de reinserção social e surge como resposta para as diversas necessidades dos usuários.

No que diz respeito às abordagens terapêuticas, Seadi e Oliveira (2009) referem que as intervenções familiares, mesmo que breves, melhoram a adesão de usuários de drogas ao tratamento. Se for engajado um número maior de familiares, os resultados são ainda melhores. No estudo se identificou que a participação de dois ou mais familiares repercute numa adesão de até 57,9% dos pacientes. Isso acaba refletindo no sistema familiar, no sentido que se construam novas formas de convívio, nas quais a droga não esteja presente.

Incluir intervenções focadas na família tem sido uma abordagem com resultados positivos no enfrentamento de problemas por uso de drogas (Seadi & Oliveira, 2009). Nos casos em que a família é o objeto de intervenção e não unicamente o usuário de drogas, o tratamento apresenta maior efetividade, pois a família passa a fazer parte de um projeto de mudança (Schenker & Minayo, 2004). Incluir e fomentar vínculos pessoais, como a família, remete à importância de se

desenvolver uma rede social ativa significativa, pois esta servirá de auxílio na recuperação do usuário.

3.7 Redes Sociais Significativas

A rede social pessoal, também chamada de rede social significativa refere-se ao conjunto de indivíduos com quem convivemos regularmente e formamos vínculos interpessoais, por exemplo, família, amizades, relações de trabalho, de estudo, de inserção comunitária e de práticas sociais. Essa rede pode gerar integração psicossocial, através da promoção de bem-estar, da construção da identidade, da estimulação do processo de mudança e, também pode levar ao desencadeamento de processos psicossociais de desintegração, como o mal-estar, o adoecimento, conflitos de identidade e prejuízo no processo de mudança (Sluzki, 1997).

O registro da rede social significativa é feito, de acordo do Sluzki (1997), através de um mapa composto por quatro quadrantes (família, amizade, relações de trabalho ou estudo e relações comunitárias que incluem os serviços de saúde) e por três áreas: um círculo interno referente às relações íntimas, um círculo intermediário de relações pessoais com menor grau de compromisso e um círculo externo referente a conhecimentos e relações ocasionais. O conjunto dos vínculos desse mapa mínimo constitui a rede social significativa do indivíduo. Através desse instrumento é possível, segundo Moré e Crepaldi (2012) evidenciar o grau de intimidade e compromisso das redes pessoais construídas em torno de situações específicas.

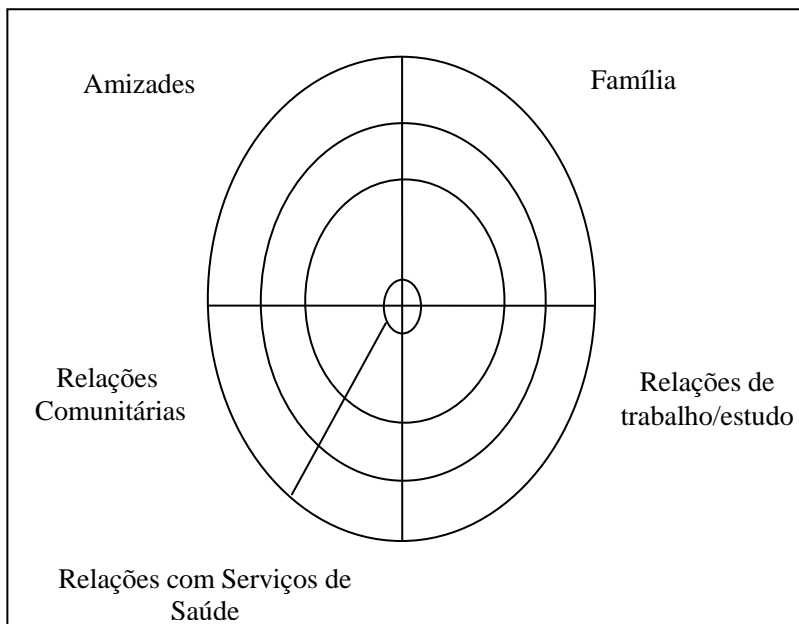


Figura 01 - Mapa de Redes

A análise da rede social proposta por Sluzki (1997) é feita através de suas características estruturais, das funções dos vínculos e dos atributos de cada vínculo. As características estruturais da rede são compostas pelo tamanho (número de pessoas da rede), densidade (conexão entre os membros independentes do informante), composição ou distribuição (proporção do total de membros da rede que está localizado em cada quadrante e círculo), dispersão (distância entre os membros), homogeneidade/heterogeneidade demográfica e sociocultural, atributos dos vínculos e tipo de funções.

As funções da rede são aquelas desempenhadas por cada vínculo estabelecido. São elas: companhia social (estar juntos), apoio emocional (apoiar, compreender, ser empático), guia cognitivo e de conselhos (compartilhar informações pessoais ou sociais e proporcionar modelos de papéis), regulação ou controle social (reafirmar responsabilidade, neutralizar desvios de comportamento), ajuda material e de serviços (colaborar com base em conhecimentos de especialistas ou ajudar financeiramente, incluindo serviços de saúde) e acesso a novos contatos (Sluzki, 1997; Moré & Crepaldi, 2012).

Por fim, os vínculos também podem ser analisados conforme seus atributos: funções predominantes, multidimensionalidade ou versatilidade (quantas funções desempenha), reciprocidade, intensidade (compromisso, grau de intimidade), frequência dos contatos e história da relação.

Sobre os benefícios à saúde que uma rede social pode oferecer ao indivíduo, se esta for estável, sensível, ativa e confiável protege a pessoa de enfermidades e é geradora de saúde (Sluzki 1997; Moré & Crepaldi, 2012). A ação realizada pela rede social no sentido de proteger a saúde do indivíduo e da saúde do indivíduo manter a rede social é denominada de círculos virtuosos. Sluzki chama a atenção para os casos em que há a presença de alguma doença, e esta influencia negativamente a rede causando impacto negativo sobre a saúde da pessoa. Essa ação é chamada de círculos viciosos e é desintegradora das redes sociais. A enfermidade diminui a iniciativa de trocas com os contatos sociais significativos diminuindo as interações na rede (Sluzki, 1997; Andrade e Vaitsman, 2002).

Um estudo desenvolvido sobre as redes sociais de indivíduos dependentes de drogas sob tratamento em CAPSad verificou que no caso de a pessoa ser dependente de álcool e drogas há o rompimento de alguns vínculos familiares, em decorrência de toda a história da dependência e das recorrentes recaídas comuns durante o tratamento desses indivíduos, pois as famílias encontram-se desgastadas e desacreditadas. Nesse caso, o CAPSad é o principal agente da rede social devido a funções de apoio, ajuda material, serviços e contatos sociais, inexistentes em outras relações (Souza, Kantorski & Mielke, 2006).

A função de suporte social promovida pelo CAPS leva o usuário a sentir-se apoiado e pertencente a uma rede, o que influencia na sua motivação e nos resultados do tratamento. O indivíduo assume um papel ativo para a manutenção do suporte social em benefício a ele mesmo. Como resultado, ele aprende a lidar com situações de risco, a evitar a companhia de amigos do uso e a recusar a oferta de droga (Pinho *et al.* 2008).

O suporte social promove a melhora da interação interpessoal do usuário, auxilia na manutenção da abstinência e no novo papel social. Pinho, *et al.* (2008) relaciona esse acontecimento com a reabilitação psicossocial, promoção da autonomia e reinserção social dos indivíduos, além de ser um fator protetor para o uso de drogas. Fomentar o suporte social principalmente no início de um tratamento por uso de drogas

implica em melhores resultados e estimula o envolvimento familiar (Pinho *et al.* 2008).

4. MÉTODO

4.1 Caracterização e Delineamento

Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva e transversal, envolvendo instrumentos que promovam o conhecimento sobre o tratamento de usuários de crack. De acordo com Gil (1994) os estudos exploratórios buscam o aprofundamento de informações sobre um tema específico. Os estudos descritivos têm o objetivo de descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, incluindo a relação entre variáveis. A definição de corte transversal decorre de a coleta ocorrer em um único momento no tempo (Gil, 1994).

De acordo com a finalidade do estudo, a abordagem utilizada foi a de triangulação de métodos, que implica a combinação de múltiplas estratégias de pesquisa visando tanto às dimensões qualitativas quanto às quantitativas do objeto (Minayo, Assis & Souza, 2005). Dessa forma, o método quantitativo serve para propiciar o conhecimento da magnitude do fenômeno estudado, sendo que, ao mensurar diferentes variáveis, abre-se a possibilidade de comparar dados de diferentes populações, quando utilizados os mesmos instrumentos. Já o método qualitativo busca trazer à tona os significados que os participantes atribuem à problemática em estudo, no caso, o uso do crack e a adesão ao tratamento, focando mais nos contextos individuais, pois este tipo de desenho metodológico permite o reconhecimento da singularidade do sujeito, enfocando a necessidade de se conhecer a sua experiência social e seu modo de vida (Martinelli, 1999).

4.2 Campo de Pesquisa

A pesquisa foi realizada no CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I de um município de médio porte situado na região nordeste do Rio Grande do Sul.

Nos anos 1990, com as transformações produzidas pela Reforma Sanitária e pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como pela implantação da Reforma Psiquiátrica, realizou-se um questionamento ao modelo de saúde centrado unicamente no hospital e na atenção terciária. A proposta defendida foi a da transformação para um modelo de atenção integral e de perfil comunitário. Assim, constituiu-se o SUS e, no campo da saúde mental, a rede substitutiva ao hospital psiquiátrico, com a criação de vários dispositivos novos, entre eles, os Centros de Atenção Psicossocial

(CAPS). Definidos pela portaria GM 336/02, com a função de prestar atendimento em regime de atenção diária, promover a inserção social dos usuários, regular a porta de entrada da rede de saúde mental, os CAPS devem estar em rede e oferecer suporte para a atenção básica (MS, 2005). Já em 2004, o Ministério da Saúde lançou uma política específica para a atenção integral aos usuários de drogas, que preconiza a estruturação e fortalecimento de uma rede de serviços com ênfase na reabilitação e reinserção social desses usuários (MS, 2004a).

O tipo do CAPS varia de acordo com a população a quem ele é destinado. O tipo I funciona em horário diurno nos municípios que possuem uma população entre 20 a 70 mil habitantes. Assiste a todas as pessoas que apresentam intenso sofrimento psíquico, sejam elas, crianças, adultos ou idosos, incluindo quem apresenta problemas por uso de álcool e outras drogas (MS, 2004b).

O Programa de Atenção Integral à Saúde Mental vem sendo implantado no município em questão desde 2002. A assistência acontecia na forma ambulatorial com equipe multidisciplinar. No ano de 2010 houve o credenciamento do CAPS, levando à reorganização da rede de saúde mental com a efetivação de novos profissionais, sendo a equipe ampliada para um melhor atendimento à demanda. Ainda em relação à estrutura física também houve mudanças e ampliações para maior acomodação dos usuários e das atividades desenvolvidas, tendo-se condições, desta forma, de abranger um maior número de pessoas. Hoje o Serviço acompanha em média 45 usuários por dia, sendo destes aproximadamente 20 usuários de drogas lícitas e ilícitas.

A equipe é composta por (1) enfermeiro e coordenador do CAPS, (1) médico clínico geral, (2) psicólogas, (1) assistente social, (1) terapeuta ocupacional, (2) técnicos de enfermagem, (2) oficinas, (1) assistente técnica e (1) higienizadora. Os profissionais que atendem exclusivamente no CAPS são o enfermeiro, técnicos de enfermagem, assistente social, assistente técnica e higienizadora, com carga horária de 40h. Os outros profissionais também realizam atendimento na rede de saúde, destinando 20h da carga horária para o CAPS. A exceção ocorre no caso do médico, que mesmo com vínculo de 20h comparece no CAPS somente para as consultas (são 06 agendamentos diários), não participando de outras atividades. O CAPS funciona de segundas a sextas-feiras, das 8h às 11h30min e das 13h30min às 18h. Apesar de a Lei prever o atendimento integral e o fornecimento de 03 refeições diárias, tal ação não foi verificada, embora esteja nos planos da coordenação reestruturar o horário de funcionamento e incluir as refeições, conforme preconizado pela portaria.

O CAPS I é referência para a população de abrangência, em casos de álcool e drogas e também de transtornos mentais severos e persistentes, tanto para crianças, adolescentes como para adultos. O acesso a esse serviço dá-se de forma espontânea, nos casos de álcool e drogas e, em casos de transtornos mentais, o usuário deve ser encaminhado por sua unidade de saúde de referência, para posteriormente passar por uma triagem com os profissionais do CAPS. A triagem é de responsabilidade de um profissional de nível superior, chamado Técnico de Referência (TR), conforme plantão diário, momento em que é delineado o Plano Terapêutico Singular (PTS), em consonância com o usuário e de acordo com a modalidade de atendimento a ser seguida (intensivo, semi-intensivo, não intensivo), o qual é revisto, sob os cuidados do mesmo profissional, ao longo do tratamento. Caso haja disponibilidade de horário do plantonista, o auxiliar técnico já encaminha o usuário de drogas para a triagem no momento em que ele chega ao serviço, mas, em geral, é mais comum ele sair com um agendamento. A Lei versa sobre a realização de reuniões semanais da equipe para a discussão dos PTS. No entanto, através da observação participante, constatou-se que não estava ocorrendo essa reunião de discussão de casos, e, portanto o PTS não é evoluído em equipe. Observaram-se os profissionais fazendo reflexões entre dois ou três colegas, de maneira informal, não havendo um momento específico para isso.

São oferecidos atendimentos individuais com os profissionais de nível superior, psicoterapia individual, controle medicamentoso dos pacientes mais severos, e diferentes grupos: familiares de usuários de drogas, grupo de usuários de drogas e de prevenção à recaída, grupo de usuários de álcool e de prevenção à recaída, grupo de pacientes egressos de internação psiquiátrica com maior e menor comprometimento cognitivo, grupo de familiares de egressos, grupo de mulheres com depressão e grupo de expressão corporal. As oficinas terapêuticas que estavam sendo realizadas no momento da observação são de papietagem, reciclagem, jardinagem, relaxamento e oficina de música com instrumento. Estavam previstas outras: coral, cinema, atividade física e dança, mas no momento da observação estavam suspensas devido ao desligamento do profissional responsável.

No mês de outubro de 2011, o CAPS completou um ano de sua inauguração. Com base nos prontuários cadastrados no Serviço identificaram-se 379 usuários, sendo 208 usuários de drogas. Considerando os usuários exclusivos de crack e os que fazem uso de múltiplas drogas, incluindo o crack, há um total de 98, ou seja, 47,11%

dos usuários de drogas apresentam problemas em decorrência do uso dessa substância.

4.3 Participantes

Os participantes foram 12 usuários do CAPS I da referida cidade, incluídos segundo os seguintes critérios: estar em tratamento ativo no momento da realização da coleta de dados, com pelo menos 30 dias de inserção no Serviço, apresentar problemas relacionados ao uso de crack, ainda que essa não fosse ser a única droga consumida por eles.

Os critérios de exclusão foram: no momento da aplicação dos instrumentos, o participante estar sofrendo de alguma crise relacionada a transtornos mentais, que inviabilizasse a compreensão das atividades propostas e/ou estar sob efeito de substâncias psicoativas.

Tabela 2: Descrição dos Participantes

	Sexo	Idade	Religião	Escolaridade	Mora	Faixa Salarial Família	Droga de preferência
P1	Masc.	26	Evangélica	Médio Incompleto Fundamental	Familiares	1 salário mínimo	Maconha, crack e álcool
P2	Masc.	30	Católica	Incompleto Médio Completo Fundamental	Familiares	4 salários mínimos	Crack e álcool
P3	Fem.	42	Católica	Incompleto Médio Completo Fundamental	Familiares	2 e meio salários mínimos	Cocaína e crack
P4	Fem.	48	Evangélica	Incompleto Fundamental	Sozinho	Sem renda	Crack
P5	Masc.	29	Evangélica	Incompleto Fundamental	Familiares	2 salários mínimos	Crack
P6	Fem.	46	Evangélica	Incompleto Analfabeto	Familiares	1 e meio salários mínimos	Crack
P7	Masc.	35	Católica	Médio Completo Médio Completo	Familiares	12 salários mínimos	Crack
P8	Masc.	32	Evangélica	Médio Completo	Familiares	4 salários mínimos	Crack
P9	Masc.	25	Católica	Médio Incompleto Fundamental	Familiares	11 salários mínimos	Crack
P10	Masc.	24	Católica	Incompleto Fundamental	Familiares	3 salários mínimos	Crack
P11	Fem.	15	Evangélica	Incompleto Fundamental	Familiares	2 salários mínimos	Crack
P12	Masc.	38	Católica	Incompleto Fundamental	Familiares	2 salários mínimos	Crack

4.4 Instrumentos e Procedimentos

A primeira etapa da pesquisa ocorreu através da revisão dos prontuários do CAPS cadastrados num período de um ano, com a finalidade de contextualizar o estudo e caracterizar o perfil dos usuários acompanhados no local pesquisado. As informações coletadas foram analisadas no Programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0 para tratamento estatístico.

Outros três instrumentos foram utilizados: a) a escala de mudança percebida - versão do paciente (anexo A); b) o mapa de rede social; e c) a entrevista semiestruturada (apêndice C). O estudo incluiu ainda a observação participante, com o registro em diário de campo, a fim de conhecer as especificidades do campo estudado e da rede de saúde da qual ele pertence.

Na escala de mudança percebida – EMP (versão do paciente) os pacientes avaliam as mudanças ocorridas em três domínios de sua vida, segundo os fatores identificados pela análise fatorial: Self e Relacionamentos, Saúde Física e Condições de Vida. A versão original desta escala, “Questionnaire of Perceived Changes”, foi elaborada por Mercier *et al.* (2004), no Canadá, visando avaliar a percepção de mudanças pelos pacientes como resultado do tratamento em serviços de saúde mental. O instrumento foi adaptado e validado para o Brasil pelo Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental (LAPSAM) da Universidade Federal de São João del Rei, com as modificações necessárias, tendo-se demonstrado sua validade de conteúdo e sua equivalência semântica com o instrumento original, assim como a sua facilidade de compreensão pela população-alvo (Bandeira, Calzavara, Costa & Cesari, 2009). A versão brasileira da escala EMP contém 19 itens, um deles global, ou seja, que avalia como o sujeito percebe, em geral, os efeitos do tratamento recebido e, os demais que avaliam a percepção do paciente sobre as mudanças ocorridas em diversas dimensões de sua vida, com alternativas de resposta dispostas em uma escala do tipo Likert de 3 pontos, sendo 1. Pior do que antes, 2. Sem mudança, 3. Melhor do que antes. A escala global e dos fatores foi avaliada através do coeficiente Alfa de Cronbach, como valores de 0,85, indicando boa consistência interna (Bandeira, Andrade, Costa & Silva, 2011). A aplicação da escala é feita através de uma entrevista, na qual as questões são lidas e as respostas anotadas pelo entrevistador, sendo aplicada juntamente com a entrevista semiestruturada.

O mapa de rede social (Sluzki, 1997) foi utilizado para avaliação da dimensão psicossocial presente na adesão ao tratamento,

permitindo identificar, classificar e analisar um mapa mínimo dos vínculos significativos dos sujeitos após ter iniciado o tratamento. O mapa faz referência ao conjunto de relacionamentos com quem um sujeito convive regularmente e forma vínculos interpessoais.

Já a entrevista semiestruturada, realizada a partir de um roteiro previamente definido, com questões fechadas e abertas, é uma técnica para obter informações mais aprofundadas sobre o que se pretende estudar. Através dela se transmite oralmente para o entrevistador a definição pessoal do sujeito sobre uma situação (Ruiz-Olabuénaga & Ispizua, 1989). De acordo com esses autores, na entrevista busca-se verificar o que é importante e significativo para os informantes, seus significados, perspectivas e interpretações, o modo em que eles veem, classificam e experimentam seu próprio mundo.

Os participantes identificados foram convidados pela pesquisadora a participarem do estudo. A concordância foi formalizada pelo TCLE. A coleta das entrevistas ocorreu numa sala do CAPS destinada aos atendimentos individuais. O agendamento da entrevista respeitou os horários em que o usuário estava em atendimento, para que o mesmo não fosse prejudicado na realização de suas atividades.

Com o objetivo de conhecer as especificidades do serviço pesquisado e da rede de saúde à qual ele pertence, no mês de novembro de 2012 realizou-se observação participante e o conteúdo levantado foi descrito ao longo deste estudo de acordo com os tópicos de interesse da pesquisadora. A pesquisadora frequentou o Serviço por 06 turnos, manhãs e tardes. Durante esse período foi possível o acesso aos relatórios sobre a constituição do Serviço de Saúde Mental no município, aos prontuários dos 12 participantes entrevistados, o acompanhamento das atividades diárias como as oficinas terapêuticas, horários de intervalo das atividades e lanches, dos quais eles participam. Na maior parte do tempo, a pesquisadora permaneceu na recepção, local onde se realizam os contatos diários com a população atendida e espaço de encontro dos profissionais. É na recepção que os profissionais acessam o computador central, o telefone, os registros de atendimentos, os prontuários, as agendas e tomam café e chimarrão, o que a torna um local bastante frequentado. Nesse espaço, são compartilhadas conversas e diálogos informais entre os próprios profissionais, entre os usuários, entre usuários e profissionais, profissionais e familiares, o que permitiu a compreensão do cotidiano da Instituição.

Para Minayo (2010) é no trabalho de campo que o pesquisador se aproxima da realidade sobre a qual formulou uma pergunta, possibilitando a interação com seus atores e a construção de um

conhecimento empírico enriquecedor para a pesquisa social. Através da realização da observação participante pode-se observar e analisar como se planejam e se executam as ações profissionais no serviço estudado, compreender as dificuldades e limitações do profissional frente ao serviço e as limitações diante das demandas dos usuários (Lima, Miotto & Dal Prá, 2007).

O diário de campo contém a descrição das impressões do pesquisador sobre a realidade que está investigando, paralelamente a utilização de outro(s) instrumento(s) de pesquisa. Os dados coletados através desse instrumento são integradores para a análise, pois enriquecem tanto a compreensão como a contextualização da análise do campo de pesquisa (Böing, Crepaldi & Moré, 2008). No diário de campo, mais importante do que o detalhamento dos dados dos usuários é compreender como é realizado o seu atendimento, qual a demanda trazida por ele, os procedimentos e encaminhamentos realizados, quais recursos foram acionados, e qual foi o diálogo estabelecido com o usuário (Lima *et al.*, 2007).

4.5 Tratamento dos Dados

A Escala de Mudança Percebida (EMP) foi analisada com auxílio do programa SPSS versão 17.0 e seguiu as orientações de Bandeira *et al.* (2011): para avaliar o grau de mudança percebida pelos pacientes, calcula-se a média dos escores de todos os 18 itens que formam as subescalas. O item 19 não entra nesse cálculo, porque este item não participou da análise fatorial feita para verificar a distribuição dos itens em fatores ou subescalas. Assim, calculando-se a média dos escores obtidos nos 18 itens da escala, por uma amostra de pacientes, obtém-se o escore global de mudança percebida sobre o tratamento recebido. O escore 19 serve apenas como um indicador geral, não sendo incluído nos cálculos de médias.

O mapa de rede foi analisado pela metodologia proposta por Sluzki (1997), a qual considera as características estruturais do mapa (tamanho, densidade, composição, dispersão e homogeneidade/heterogeneidade); as funções de vínculo (companhia social, apoio emocional, guia cognitivo e de conselhos, regulação social, ajuda material e de serviços e acesso a novos contatos); e os atributos de cada vínculo (função predominante, multidimensionalidade, reciprocidade, intensidade, frequência de contatos e história da relação).

O tratamento dos dados das entrevistas e do diário de campo foi feito a partir da análise de conteúdo, proposto por Ruiz-Olabuénaga &

Ispizua (1989). Segundo esses autores a análise das entrevistas resulta na compreensão do mundo tal como o próprio entrevistado o constrói. O início da análise ocorre com repetidas leituras da entrevista finalizada, contextualizando as circunstâncias que podem ter ocorrido durante sua realização, como por exemplo, se houve alguma interferência do entrevistador que prejudicou o sentido da informação obtida. Depois são destacados os temas centrais, denominados núcleos, em torno dos quais vai elaborando-se a reconstrução da entrevista. A partir de cada núcleo, se inicia uma segunda revisão com o objetivo de sistematizar as categorias relacionadas a ele. Desta forma, pode-se explorar um esquema explicativo sobre a visão de mundo do entrevistado.

Após as entrevistas terem sido transcritas elas foram inseridas no Programa ATLAS.ti (*Qualitative Research and Solutions*) versão 5.0. Essa ferramenta foi utilizada como auxiliar na organização dos dados facilitando a análise qualitativa. Os doze documentos foram analisados concomitantemente e ao longo deles foram destacadas as unidades de significado que estavam vinculadas a códigos, anteriormente pré-estabelecidos após as repetidas leituras do material. Essas codificações iniciais foram reorganizadas e mais tarde delimitaram as categorias, chegando-se a um total de 28. O passo seguinte foi verificar a relação de vínculo entre as categorias, o que permitiu que elas fossem agrupadas em cinco núcleos temáticos.

4.6 Procedimentos Éticos

No que diz respeito ao compromisso ético, a realização do estudo levou em consideração a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, visto que envolveu seres humanos. E por isso, foi submetido à apreciação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, aprovado sob o parecer nº 25777 em 14/05/2012.

Faz parte da pesquisa a caracterização do perfil dos usuários atendidos no CAPS, com o objetivo de identificar os usuários de crack, utilizando-se os cadastros do Serviço. Por meio de contato com a Secretária Municipal de Saúde, foi autorizado o levantamento através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da instituição (apêndice B). As informações coletadas foram utilizadas apenas para fins de pesquisa, preservando-se o anonimato dos prontuários.

Após o contato com os usuários de crack em tratamento no CAPS, a pesquisadora apresentou o projeto de pesquisa e o participante formalizou a sua concordância em participar do estudo através do Termo

de Consentimento Livre e Esclarecido dos usuários a serem pesquisados (apêndice A).

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas para facilitar o trabalho de análise dos dados. O tempo de duração das entrevistas foi em média de 60 minutos. O conteúdo será guardado em local seguro por 05 anos.

5. RESULTADOS

A primeira parte dos resultados refere-se à etapa inicial deste estudo, que ocorreu com o intuito de se conhecer as características dos usuários participantes do CAPS pesquisado. Em seguida, faz-se a apresentação dos resultados encontrados na aplicação da Escala de Mudança Percebida (EMP), do mapa de redes significativas. Por fim, as entrevistas categorizadas e descritas segundo cinco núcleos temáticos, elaborados com base na análise de conteúdo.

5.1 O Perfil do Usuário de Drogas do Serviço Pesquisado

O CAPS do município pesquisado iniciou suas atividades, de acordo com as orientações do Ministério da Saúde, em outubro do ano de 2010. Como este município tem menos de 70 mil habitantes, este é um CAPS I, destinado à atenção de diferentes tipos de transtornos psíquicos, incluindo os relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Utilizando os prontuários registrados desde a inauguração até outubro de 2011, quando o serviço completou um ano de funcionamento, realizou-se uma coleta de dados sobre as características dos usuários. Em cada prontuário, identificaram-se informações acerca do diagnóstico; substância usada em caso de uso de drogas; sexo, religião; idade; estado civil; escolaridade; com quem o usuário reside; como foi encaminhado ao serviço e a renda. O acesso aos documentos foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, conforme apêndice B.

A finalidade do levantamento foi de caracterizar o perfil dos usuários acompanhados no local pesquisado e, portanto os dados receberam tratamento estatístico de análises univariadas, como frequências e porcentagens. Os dados coletados foram incluídos no Programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) versão 17.0 que auxiliou na verificação das informações.

O total de usuários cadastrados no serviço foi 379, que foram distinguidos entre os usuários de álcool e outras drogas, e os pacientes que apresentam sofrimento psíquico, 208 (54,89%) e 171 (45,11%) respectivamente, conforme a figura 02.

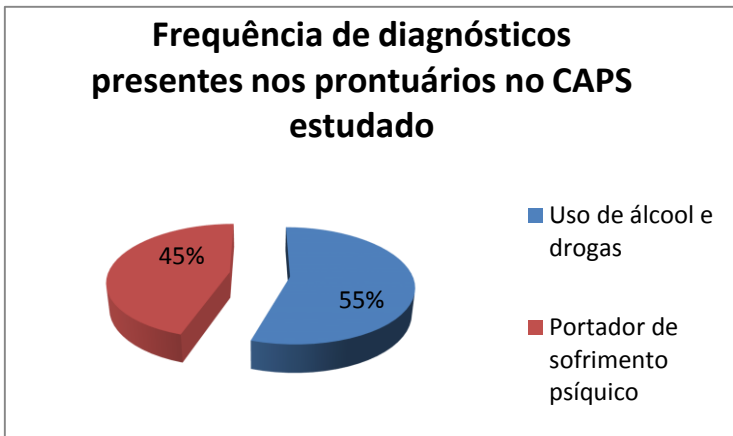


Figura 02 – Porcentagem de diagnósticos presentes nos prontuários do CAPS estudado

Para identificar a substância consumida utilizaram-se as informações dos prontuários referentes aos usuários de álcool e outras drogas ($n = 208$), o próximo passo foi verificar a substância consumida pelo usuário. A maior parte ($n = 97$) buscou o serviço por problemas relacionados ao álcool, seguido de quem faz uso múltiplo de drogas ($n = 62$). Está incluído nesta variável o uso concomitante, por exemplo, de álcool, crack, cocaína e maconha; álcool e crack; crack e maconha; crack, maconha e álcool, crack e anfetaminas, álcool e cocaína e outras combinações. Fazem uso exclusivo de crack, 42 usuários; de cocaína, 06; e de maconha, apenas 01 usuário. Destaca-se ainda, que dos usuários que fazem uso múltiplo de drogas, 56 associam ao crack. Portanto, se somarmos o uso exclusivo e o uso combinado, teremos um universo de 98 usuários de crack, os quais são o objeto desta pesquisa. As porcentagens podem ser verificadas na figura 03.

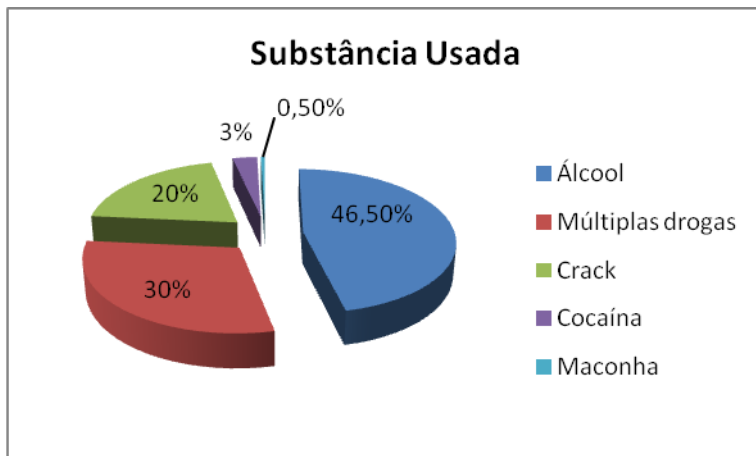


Figura 03 – Frequência de substâncias consumidas pelos usuários de drogas do CAPS pesquisado

Procuraram o serviço por problemas decorrentes do uso de álcool e drogas com maior frequência os usuários do sexo masculino ($n = 181$), do que os do feminino ($n = 27$), conforme figura 04. Este dado demonstra uma tendência em geral de usuários de drogas em serviços de saúde, bem como a tendência refletida na seção anterior, em que os usuários de crack, especificamente, em geral, são homens.

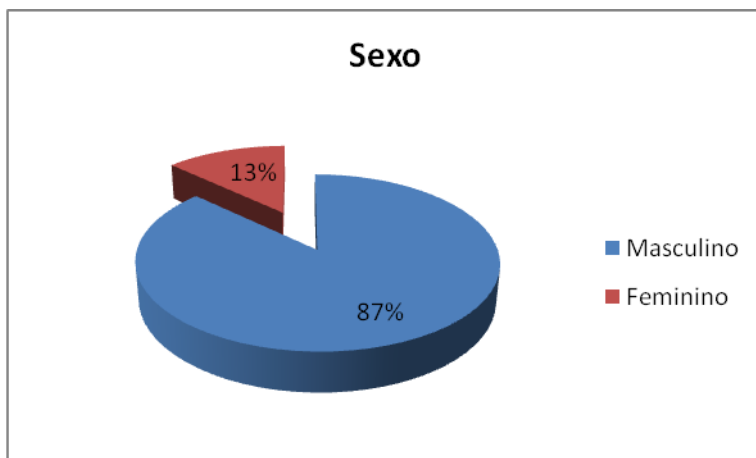


Figura 04 – Usuários de drogas cadastrados no CAPS conforme o sexo.

Em relação à informação sobre religião, observou-se a maior frequência de usuários católicos ($n = 104$), seguido de evangélicos ($n = 26$); e outras religiões como budismo, testemunha de Jeová, espiritismo ($n = 06$). Houve ainda, 08 usuários que não possuem religião. Conforme pode ser verificado na figura 05, em 64 (31%) prontuários este dado não foi coletado, podendo se considerar um número alto e significativo em relação ao total da amostra, pois prejudica o conteúdo dessa informação.

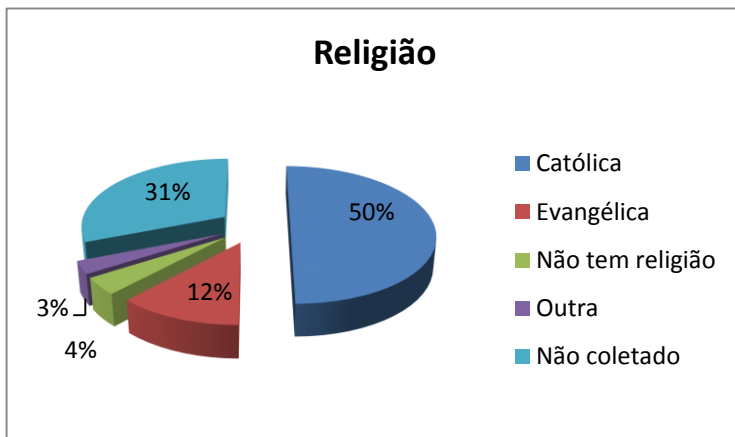


Figura 05 – Frequência da religião dos usuários de drogas

Procuraram o serviço os usuários que possuem idade na faixa etária de 30 a 39 anos ($n = 64$), seguido dos que estão na faixa etária de 20 a 29 anos ($n = 61$). Na faixa etária entre 40 a 49 anos estão 41 dos usuários cadastrados. Há ainda, a presença de outras faixas etárias, conforme pode ser verificado na figura 06. O dado não foi preenchido em 3 (1%) dos prontuários.

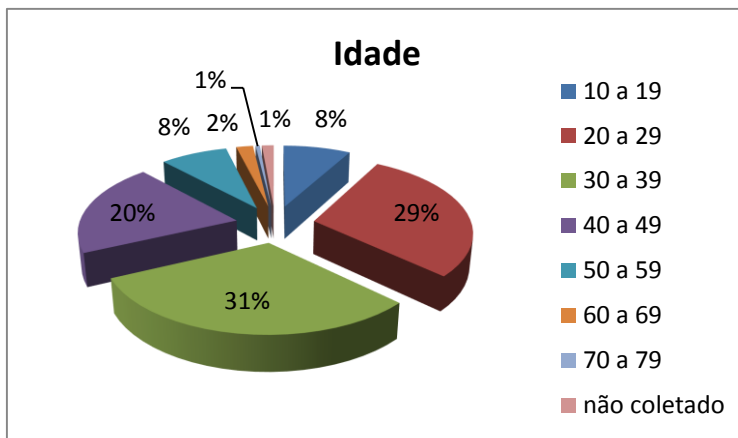


Figura 06 – Faixa etária dos usuários de drogas

A maioria dos usuários, 98 deles, são solteiros e 54 são casados. Estão separados ou divorciados 15; viúvos 04 e em união estável, apenas 01. O dado não foi coletado em 36 (17%) dos prontuários. Conforme visto anteriormente, o perfil do usuário de crack também apresenta como característica ser solteiro. As frequências e porcentagens podem ser vistas na figura 07.

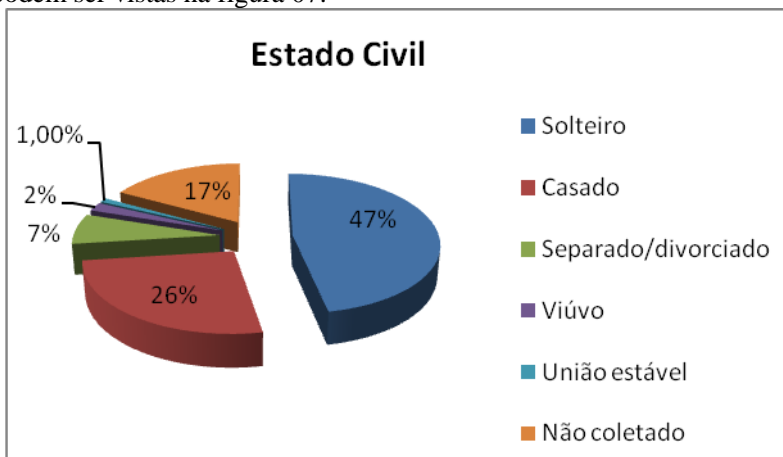


Figura 07 – Estado civil dos usuários de drogas

Nesta informação, escolaridade, também houve dificuldade na coleta de dados, devido à falta de informações em 50 prontuários (24%).

Foi possível coletar o dado em 158 prontuários (76%), sendo que 06 usuários são analfabetos, a maioria, 93, não possui o ensino fundamental completo, e 17 o completaram. Não concluíram o ensino médio 15 usuários e 23 o concluíram. Em relação ao ensino superior 02 não o completaram e 02 já o finalizaram. A frequência e a porcentagem estão apresentadas na figura 08.

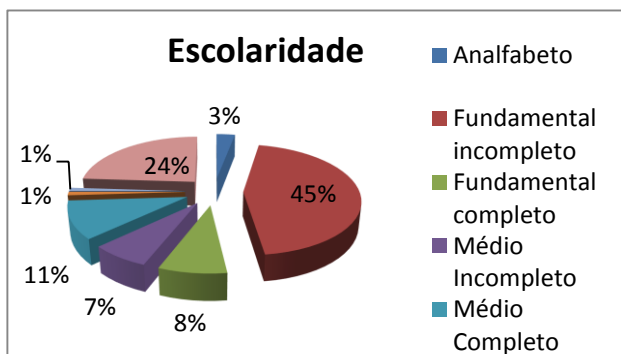


Figura 08 – Nível de escolaridade dos usuários de drogas

Dos prontuários consultados, identificou-se que 14 usuários vivem sozinhos e 143 residem com familiares, sendo estes, pais, cônjuges, avós, tios, irmãos, filhos; e 06 residem em outro lugar, como abrigo ou albergue municipal e presídio. Não foi coletada a informação em 45 dos prontuários, conforme figura 09.

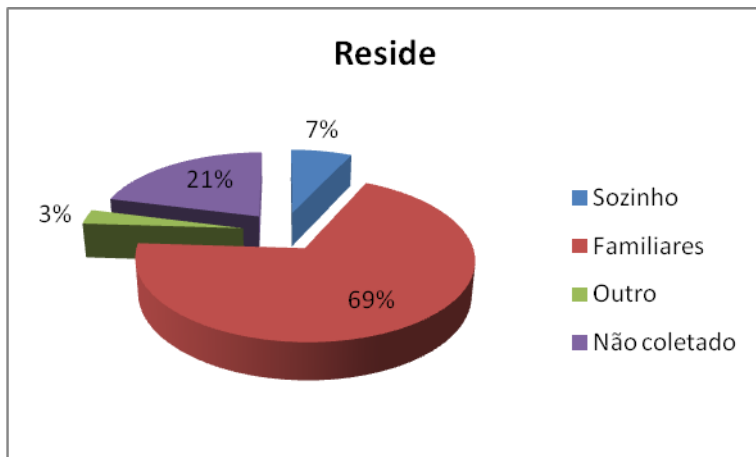


Figura 09 – Com quem o usuário de drogas vive

Observou-se que 79 dos usuários procuraram o serviço espontaneamente, a grande maioria. Foram encaminhados pela rede de saúde, incluindo a clínica psiquiátrica e comunidade terapêutica 69 usuários. O poder judiciário e o conselho tutelar encaminharam 19 e outras instituições, como escola, empresa, INSS, presídio encaminharam 06 dos usuários. Não foi coletada a informação em 35 prontuários. As frequências e porcentagens estão apresentadas na figura 10.

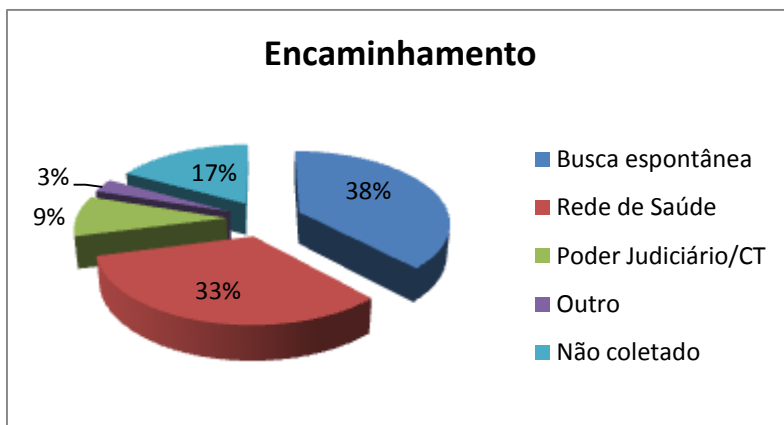


Figura 10 – Forma que o usuário de drogas busca o serviço

A figura 11 apresenta a renda dos usuários de drogas cadastrados no CAPS. Observou-se que a maioria (n = 89), possui uma rede entre um e três salários mínimos, 10 não apresentam remuneração e 08 recebem abaixo de um salário mínimo. Somente 01 usuário recebe acima de 04 salários mínimos e 01 usuário não soube informar a renda. A informação não foi coletada em 99 prontuários, o que também representa um número grande em relação ao total de dados coletados, prejudicando a definição do perfil dos usuários do serviço.

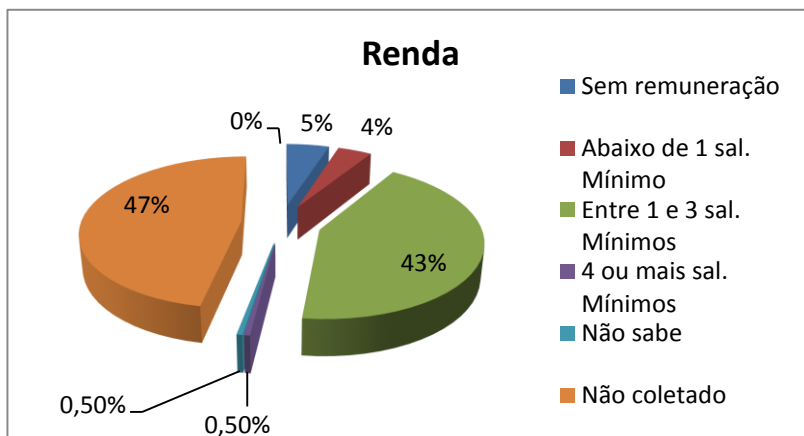


Figura 11 – Renda dos usuários de drogas

O levantamento do perfil dos usuários do CAPS foi prejudicado na sua caracterização, devido ao grande número de informações que não puderam ser coletadas, como foi verificado nas figuras, demonstrando dificuldades da instituição no preenchimento dos prontuários. Já foi dada essa devolutiva ao Serviço, que tem mudado sua estratégia de cuidado com o preenchimento dos seus instrumentos, inclusive com uma nova formatação que tem facilitado ao profissional a coleta das informações. Considerando as informações mais presentes em cada item, pode-se dizer que em geral os usuários de álcool e drogas que são acompanhados no Serviço, são na maioria homens, de religião católica, com idade entre 30 e 39 anos, de baixa escolaridade, residem com familiares, buscaram espontaneamente o Serviço e possuem uma renda entre um e três salários mínimos. A substância mais consumida entre os usuários é o álcool.

A busca pelo atendimento é, na maioria dos casos, em decorrência dos problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas, demonstrando o quanto atendeu a necessidade do município em oferecer um centro de referência para tratamento, como é o CAPS. Este serviço do SUS, preconizado pelo Ministério da Saúde, e articulador da rede de saúde mental propõe uma mudança do modelo assistencial, como será visto ao longo deste trabalho.

5.2 Escala de Mudança Percebida (EMP)

A Escala de Mudança Percebida apresenta a percepção que os participantes tiveram sobre as mudanças em suas vidas em decorrência do tratamento recebido no CAPS. A escala apresenta 19 itens, sendo que o último deles é de avaliação geral da mudança percebida, e os outros 18 itens se agrupam em três dimensões: atividades e saúde física; aspectos psicológicos e sono; relacionamentos e estabilidade emocional. A tabela 03 apresenta as frequências obtidas conforme a dimensão pertencente.

Observa-se que o item 19, sobre a mudança percebida geral, obteve uma média de respostas no valor de 2,92 (DP = 0,29), indicando que os participantes consideram estar melhor do que antes do tratamento no CAPS. Os itens energia e disposição para fazer as coisas; interesse pela vida e convivência com a família foram considerados com mais mudanças para onze participantes.

Tabela 03 – Frequências correspondentes às dimensões da EMP

Itens	Frequência absoluta de resposta					
	M	DP	Pior do Que antes	Sem Mudança	Melhor do que antes	3
1. Seus problemas pessoais	2,67	0,78	2	0	10	
2. Seu humor	2,75	0,45	0	3	9	
3. A estabilidade de suas emoções	2,42	0,67	1	5	6	
4. Sua confiança em você mesmo	2,83	0,39	0	2	10	
5. Seu interesse pela vida	2,92	0,29	0	1	11	
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	2,67	0,65	1	2	9	
7. Seu apetite	2,67	0,49	0	4	8	
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	2,83	0,58	1	0	11	
9. Seu sono	2,42	0,90	3	1	8	
10. Sua saúde física (dores, tremores, etc.)	2,50	0,80	2	2	8	
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	2,58	0,67	1	3	8	
12. Sua convivência com sua família	2,92	0,29	0	1	11	
13. Sua convivência com seus amigos ou amigas	2,83	0,39	0	2	10	
14. Sua convivência com outras pessoas	2,58	0,67	1	3	8	
15. Seu interesse em trabalhar ou em se ocupar com alguma coisa	2,75	0,62	1	1	10	
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	2,75	0,62	1	1	10	
17. Suas tarefas de casa (ex: cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc.)	2,67	0,65	1	2	9	
18. Sua capacidade de cumprir obrigações e tomar decisões	2,67	0,65	1	2	9	
19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	2,92	0,29	0	1	11	

Os itens que avaliaram o interesse pela vida e a convivência com a família foram os de maior mudança percebida, em termos de escore da escala, ambos obtendo uma média no valor de 2,92 e desvio padrão de 0,29. Em seguida os itens que avaliaram a confiança em si mesmo e a energia para fazer as coisas foram também considerados com mais mudanças ambos com média de 2,83 e desvio padrão de 0,39.

Novamente, dois itens se destacaram por apresentarem menor percepção de mudança. Um deles foi “estabilidade das emoções” com média de 2,42 e desvio padrão de 0,67, tendo sido verificado pela metade dos entrevistados. O outro item foi o “sono”, também com média de 2,42, mas com desvio padrão de 0,90, percebido como pior do que antes por três usuários.

Em termos de escores médios, a comparação entre as subescalas corrobora o dado já demonstrado pelas frequências. A média de percepção de mudança foi elevada tanto nas subescalas como na escala geral conforme pode se verificar na tabela 04. Pode-se concluir que estes usuários percebem estar, em geral, melhor do que antes do tratamento.

Tabela 04: Escores médios da EMP

Dimensão	Média	Desvio Padrão
Atividades e Saúde Física	2,68	0,50
Aspectos Psicológicos e Sono	2,70	0,43
Relacionamentos e Estabilidade Emocional	2,69	0,35
Escala Geral	2,69	0,39

5.3 Rede Social Significativa

A rede social significativa é compreendida, segundo Sluzki (1997), a partir de suas características estruturais, das funções dos vínculos e dos atributos de cada vínculo, aspectos considerados na análise do conjunto do mapa de redes de todos os participantes deste estudo. Um único mapa reuniu todas as informações coletadas nos mapas dos 12 participantes, através do qual seguiu a análise.

Em relação às características estruturais do mesmo, verificou-se que o tamanho corresponde a 342 pessoas constituintes da rede de apoio. O quadrante que enfoca o mapa de rede familiar foi o mais numeroso, sendo que a distribuição entre todos os níveis de relação totalizou 120 pessoas. O círculo interno teve o maior número de

membros mencionados, foram 58, seguidos de 28 membros no círculo intermediário e 34 no externo. Observa-se que o participante 05 não mencionou nenhum membro no círculo interno, demonstrando a ausência de pessoas significativas neste nível de relações.

Esse dado demonstra que esta área é uma fonte de apoio para os participantes durante o tratamento, a qual deve ser acionada pelo serviço de saúde. Além disso, muitas vezes quem busca o atendimento diante do abuso do crack é a família, facilitando o acesso a esta rede.

O segundo quadrante em quantidade de pessoas corresponde à rede profissionais de saúde, que totalizou 72 membros. A distribuição dos membros corresponde a 28 no círculo interno, 37 no intermediário e 07 no externo. O fato de todos os participantes estarem em tratamento no momento em que se coletaram os dados e a frequência diária no Serviço pode ter favorecido esta vinculação.

Em terceiro lugar, com 62 pessoas, está o quadrante que enfoca as relações de amizade. A distribuição nos níveis de relação se deu da seguinte forma: 35 no círculo interno, 13 no intermediário e 14 no externo. Em seguida apresentou-se o quadrante das relações comunitárias composto por 56 membros, sendo 22 membros no círculo interno, 30 no intermediário e 04 no externo, totalizando 56 pessoas.

A rede menos numerosa refere-se às relações de trabalho e estudo, que totalizou 32 pessoas. O quadrante é formado por 18 membros no círculo interno, 08 no intermediário e 06 no externo. Uma das características apresentadas pelos participantes foi a dificuldade de colocação profissional, a qual está relacionada com o longo tempo que estiveram fora do mercado de trabalho e dos sucessivos abandonos de emprego em função do uso de drogas. O retrato apresentado na figura 12 traz a configuração das redes sociais significativas dos usuários de crack em tratamento no CAPS do referido município.

A participante 4 demonstrou ter um mapa de redes grande, 60 pessoas, diferenciando-se dos demais participantes, o que nem sempre é benéfico. Segundo Sluzki (1997) mapas grandes podem representar inafetividade. Neste caso, diante do membro com problema, ninguém assume a situação, supondo de que alguém já está fazendo isso. Para esse autor, as redes de tamanho médio são as mais efetivas.

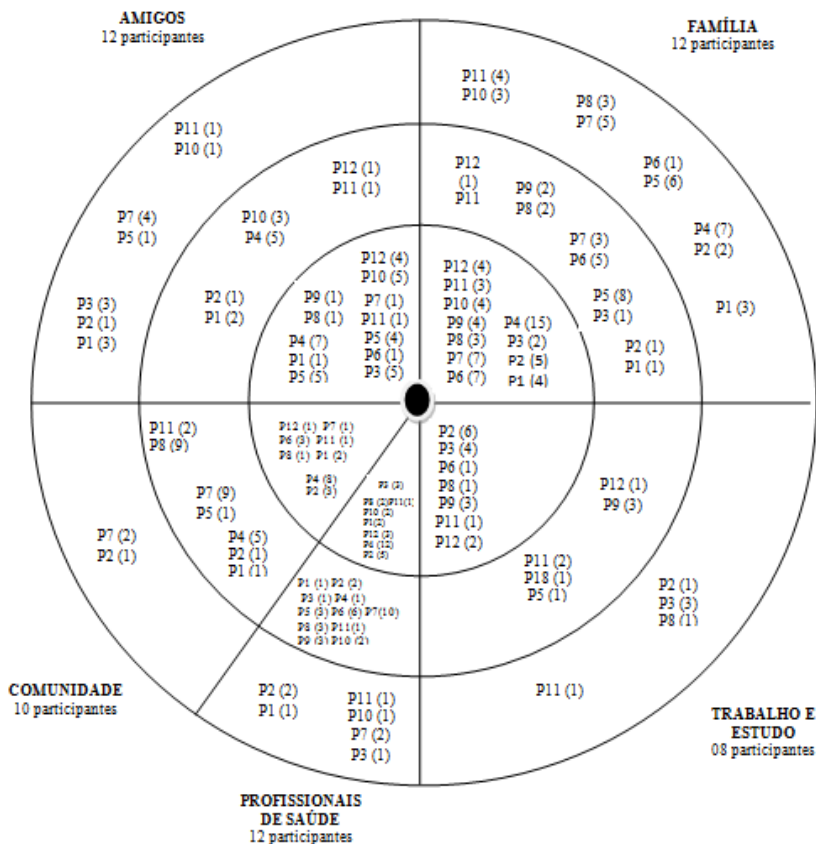


Figura 12 – Mapa de redes dos participantes com respectivos apoios representados por número de pessoas

No que diz respeito à constituição da rede em relação ao gênero, foram informados ao total 193 mulheres e 149 homens. A rede que apresentou maior número de apoios do sexo feminino foi a familiar, sugerindo que estas estão mais envolvidas como tratamento dos participantes. A rede que apresentou maior número de apoios do sexo masculino corresponde às relações comunitárias. O fato de a maioria dos participantes serem homens e de alguns frequentarem regularmente a igreja, além do CAPS, favorece a aproximação com outros usuários de drogas do sexo masculino, já que eles são a maioria em relação às mulheres.

Sobre a dispersão da rede, alguns apoios foram mais citados em detrimento de outros. No quadrante da rede familiar as pessoas citadas com maior frequência pelos participantes foram irmãos (todos citaram), seguido da mãe (09 participantes), do pai (06 participantes) e sobrinhos (06 participantes). Os participantes destacaram que havia dificuldade de acessar essa rede na época do uso pesado de crack, e por isso alguns vínculos estavam distantes. Com o tratamento eles tendem a reinvestir nessa rede, porém alguns participantes queixaram-se do desinteresse de familiares com o tratamento, justamente pelo desgaste que ocorreu anteriormente. Nas relações de trabalho e estudo tiveram maior frequência de citação os colegas de trabalho (04 participantes), o chefe (04 participantes), seguido do professor (02 participantes) e colega de escola (2 participantes).

No quadrante que enfoca os profissionais de saúde, os membros mais citados foram o psicólogo (10 participantes), seguido do terapeuta ocupacional (08 participantes), do assistente social (06 participantes) e da auxiliar técnica do CAPS (06 participantes). Além dos profissionais do CAPS, também foram citados os da rede básica de saúde, como agente comunitário de saúde (02 participantes) e médico da UBS (01 participante). Essa dispersão demonstra que há uma centralidade no Serviço pesquisado, havendo pouco envolvimento dos participantes em outros setores.

Os colegas de CAPS foram considerados nas relações comunitárias e obtiveram o maior número de frequências, sendo citados por 07 participantes. Em seguida os vizinhos foram citados por 05 participantes, e ainda o pastor e companheiros da igreja foram citados por 04 e 03 participantes respectivamente. É nas relações comunitárias que o indivíduo realiza trocas e se sente incluído. Mesmo assim, 02 participantes não citaram pessoas neste quadrante.

A relação de amigos foi citada por 07 participantes, seguido dos colegas de CAPS que também são considerados amigos (05 participantes), o pastor da igreja também é citado por 02 participantes e outros 03 participantes consideraram profissionais do CAPS como amigos. Em geral, os participantes tiveram dificuldades para citar amigos, pois eles como referem os usuários, “são da ativa”, e por isso se explica a inclusão de colegas do CAPS, igreja e os profissionais de saúde nessa configuração.

Ao tipo de intercâmbio pessoal desempenhado por cada membro da rede denominam-se funções, as quais, de acordo com Sluzki (1997) são seis: companhia social; apoio emocional; guia cognitivo e de conselhos; regulação social; ajuda material e de serviços; e de acesso a

novos contatos. As funções destacadas pelos participantes foram representadas através de símbolos conforme figura 13.

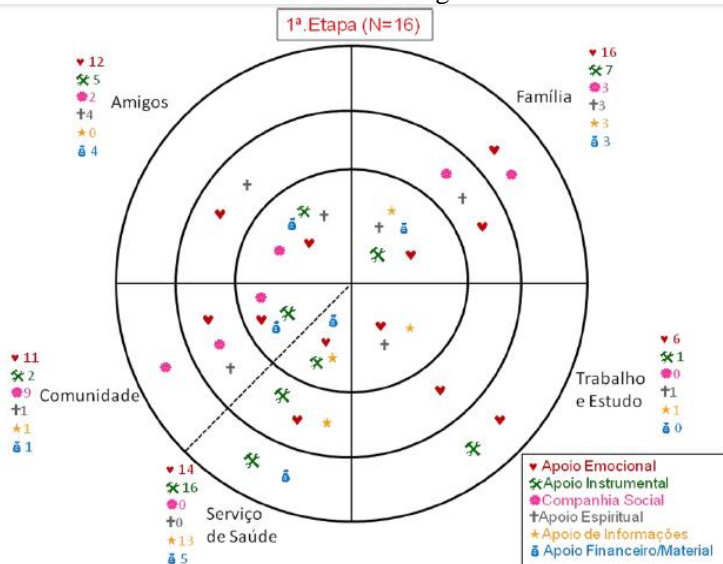


Figura 13 - Mapa de rede conforme distribuição das funções de apoio com o número total de

A função de apoio emocional foi mencionada em todos os quadrantes do mapa de redes, estando mais presente naquele que enfoca as relações familiares. Nas relações de amizade, essa função também foi citada com maior intensidade.

A função de ajuda material e de serviços foi referida principalmente no quadrante que enfoca os profissionais de saúde. Essa função esteve presente também, no quadrante das relações familiares, pois alguns participantes estão desempregados e por isso necessitam auxílio financeiro da família. Nas relações comunitárias o Pastor também exerce essa função quando envolve o participante nas atividades da igreja e encaminha a pessoa para tratamento.

A função de guia cognitivo e de conselhos esteve mais presente nos quadrantes que enfocam comunidade e as relações de trabalho e estudo. Essa função está relacionada com o modelo de referência proporcionado pelo professor, pelo Pastor e companheiros de igreja. Outras pessoas que exercem tal função são os profissionais de saúde, principalmente o psicólogo, com quem os participantes realizam atendimento individualizado.

A busca pelo tratamento aconteceu, para alguns familiares, através da intervenção da família, cujos membros demonstraram interesse pela continuidade do mesmo. Por isso, a função de regulação social está presente nesse quadrante. Por outro lado o desinteresse da família demonstrou ser a maior queixa dos participantes. Essa função foi mencionada na área dos profissionais de saúde, no sentido de eles estimularem o comprometimento dos participantes com o tratamento e de auxiliarem quando estão em situação de risco.

A companhia social também esteve presente em todos os quadrantes, destacando-se na área comunitária, pois são os espaços comunitários que os participantes frequentam regularmente. Neles, eles convivem com outras pessoas e com outros usuários, por vezes, pela mesma finalidade, seja a de buscar ajuda espiritual, seja a de buscar apoio para recuperar-se da dependência de drogas, seja simplesmente pela convivência, como ocorre com os vizinhos.

O fato de os participantes frequentarem regularmente o Serviço, a Igreja, a escola e o trabalho, contribui para o acesso a novos contatos. Com isso, um amigo, um colega ou uma pessoa com quem convivem possibilita o estabelecimento de novas redes.

Por fim, verificou-se a ocorrência de apoios que realizam mais de uma função. Neste sentido, destacam-se familiares (pai e mãe) que além do apoio emocional, proveem ajuda material e de regulação social. Os profissionais de saúde também desempenham outras funções além da ajuda de serviços, como o apoio emocional e ainda de guia cognitivo. Dessa forma, segundo Sluzki (1997), esses integrantes podem ser analisados, através dos atributos do vínculo, como vínculos versáteis ou multidimensionais. Os outros integrantes da rede social de apoio familiar são classificados como não versáteis já que exercem apenas uma função.

5.4 Entrevistas

Os doze documentos foram analisados concomitantemente, destacando-se as unidades de análise que estavam vinculadas a códigos já pré-definidos quando se realizaram as leituras iniciais do material. Ao final da análise, essas codificações demarcaram 28 categorias. O passo seguinte, ocorreu através do comando *networks* que auxiliou no agrupamento e conexões das categorias resultando em 05 núcleos temáticos norteadores dessa seção.

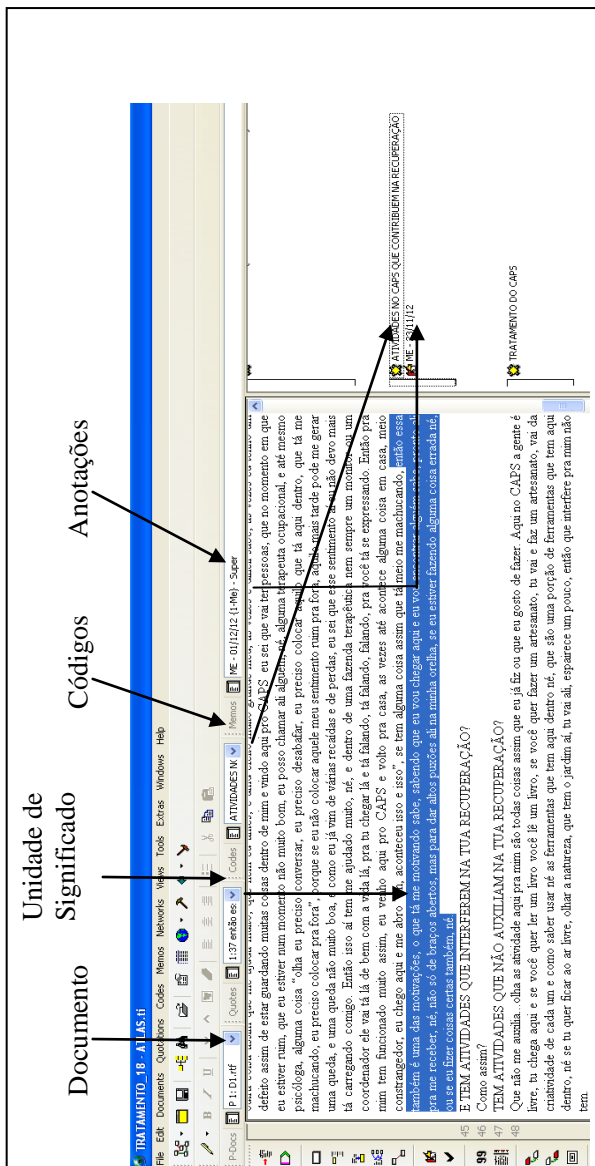


Figura 14: Tela Principal do ATLAS.ti 5.0

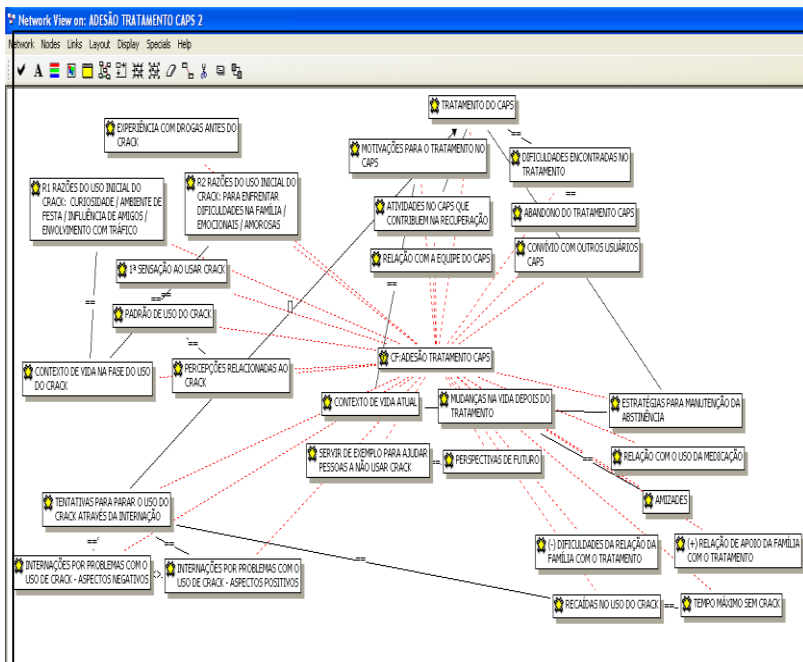


Figura 15: Tela Complementar do ATLAS.ti 5.0 – agrupamentos e conexões das categorias

Os núcleos temáticos denominados: uso de drogas; internação; o Centro de Atenção Psicossocial; manutenção; e adesão ao tratamento e as categorias correspondentes estão apresentados na tabela 05 e expressam as singularidades e vivências dos participantes. Apesar de descritos de forma segmentada para uma melhor exposição dos dados, estão intimamente relacionados entre si e com o tema central deste estudo.

Tabela 05: Núcleos temáticos e categorias correspondentes

Núcleos Temáticos	Categorias
Uso de drogas	Experiência com drogas antes do crack Razões do uso inicial do crack: curiosidade/ambiente de festa/influência de amigos/cidade grande/influência do traficante Razões do uso inicial do crack: para

Internação	<p>enfrentar dificuldades familiares/emocionais/amorosas</p> <p>Primeira sensação ao usar crack</p> <p>Padrão de uso do crack</p> <p>Contexto de vida na fase do uso do crack</p> <p>Percepções relacionadas ao crack</p> <p>Tentativas para parar o uso do crack através da internação</p> <p>Internações por problemas com o uso do crack: aspectos positivos</p> <p>Internações por problemas com o uso do crack: aspectos negativos</p>
O Centro de Atenção Psicossocial	<p>Tratamento no CAPS</p> <p>Motivações para o tratamento no CAPS</p> <p>Atividades no CAPS que contribuem na recuperação</p> <p>Relação com a equipe do CAPS</p> <p>Convívio com outros usuários do CAPS</p> <p>Dificuldades encontradas no tratamento do CAPS</p>
Manutenção do comportamento adquirido	<p>Abandono do tratamento CAPS</p> <p>Estratégias para a manutenção da abstinência</p> <p>Relação com o uso da medicação</p> <p>Dificuldades da relação da família com o tratamento</p> <p>Relação de apoio da família com o tratamento</p> <p>Amizades</p> <p>Recaídas no uso do crack</p>
Adesão ao tratamento	<p>Tempo máximo sem crack</p> <p>Mudanças na vida depois do tratamento</p> <p>Contexto de vida atual</p> <p>Perspectivas de futuro</p> <p>Servir de exemplo para ajudar pessoas a não usarem o crack</p>

6 DISCUSSÃO

Na discussão são apresentadas inicialmente as análises de conteúdo realizadas a partir dos dados coletados com as entrevistas e observação participante. A seguir seguem as reflexões sobre o mapa de redes significativas e a escala de mudança percebida.

6.1 Uso de drogas

Neste primeiro núcleo temático, faz-se a contextualização da história dos usuários e sua relação com o uso de drogas. Ao longo da descrição, observa-se a relação que os participantes estabeleceram com o crack até o momento em que suas vidas resumiram-se a uma necessidade incontornável da droga. A descrição deste núcleo segue o esquema proposto pela categorização, conforme a tabela 06.

Tabela 06: Núcleo temático “uso de drogas” e categorias correspondentes

Núcleo Temático	Categorias
6.1 Uso de drogas	6.1.1 Experiência com drogas antes do crack 6.1.2 Razões do uso inicial do crack: curiosidade/ambiente de festa/influência de amigos/cidade grande/influência do traficante 6.1.3 Razões do uso inicial do crack: para enfrentar dificuldades familiares/emocionais/amorosas 6.1.4 Primeira sensação ao usar crack 6.1.5 Padrão de uso do crack 6.1.6 Contexto de vida na fase do uso do crack 6.1.7 Percepções relacionadas ao crack

A primeira constatação feita sobre a experiência com drogas antes do crack (**categoria 6.1.1**) levou a uma realidade já descrita em outros estudos, como no LENAD 2012, de que raramente o crack é a primeira opção de droga usada pela pessoa, e que acaba vindo a ser experimentada após uma sequência de experiências com outras substâncias. Todos os participantes da pesquisa referiram uso anterior, sendo a cocaína e a maconha com maior frequência, citadas por 09 participantes. O álcool, tabaco, LSD, heroína, loló e tiner foram as demais drogas mencionadas pelos participantes.

Inicialmente eu comecei no mundo das drogas bebendo cerveja numa boate, usei, também, a maconha, depois veio a cocaína e o crack (P3).

Usei maconha, cheirei cocaína, depois experimentei LSD (P9).

Conforme Duailibi *et al.* (2008), no estudo realizado sobre o perfil do usuário de crack, uma das características dessa população é o antecedente de consumo de outras substâncias. O início ocorre com drogas lícitas, precocemente, sendo a maconha a primeira droga ilícita a ser consumida. No caso do usuário ser mais velho, o consumo de cocaína aspirada e injetável e de medicamentos também antecede o uso de crack. Geralmente, há uma progressão na via utilizada para administração da droga. A utilização de diferentes substâncias no curso da vida também foi verificada por Dias *et al.* (2011), Oliveira e Nappo (2008a) e Ribeiro, Duailibi, Perrenoud e Sola (2012). Pôde ser identificado o uso de até quatorze diferentes substâncias na vida, tendo o início ocorrido com álcool e tabaco (Oliveira & Nappo, 2008a).

Constatou-se que o início do uso de drogas, ocorreu precocemente, ainda na infância e adolescência. Quanto mais cedo a pessoa iniciar o consumo de alguma droga e o fizer de forma pesada, as chances de agravar o uso são maiores, podendo se chegar ao crack em curto período de tempo (Ribeiro *et al.*, 2012). Considerando a idade atual dos participantes, é possível constatar que P3, P5, P6 e P12 passaram mais de 20 anos de suas vidas usando drogas.

Comecei a usar drogas aos nove anos de idade (P5).

No mundo das drogas eu comecei com onze anos (P3).

No VI Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino das 27 Capitais Brasileiras realizado no ano de 2010, identificou-se que a idade média do primeiro uso de drogas ocorre aos 13 anos através do álcool, que é uma droga lícita. A experimentação das drogas ilícitas, dentre elas o crack, acontece entre os 14 e 15 anos. Quando comparado aos estudantes europeus e sul-americanos o uso de drogas, entre elas o crack, no Brasil, é menor, ocupando a última posição (Carlini, Noto, Sanchez, Carlini, Locatelli, Abeid *et al.* 2010).

Melotto (2009) faz menção ao fato corriqueiro do uso de drogas ser apresentado estreitamente ligado a uma problemática do grupo de pessoas jovens. Grande parte das vezes, é na adolescência que ocorrem as primeiras experiências do uso de drogas, o que traz mais visibilidade da questão nesse grupo do que em outros. Porém, tal prática está presente em diferentes faixas etárias.

As razões pelas quais a pessoa iniciou o uso de crack (**categoria 6.1.2**), nesta categoria identificada como curiosidade; influência de amigos; morar em cidade grande e incentivo do traficante foram variadas, mas não isoladas, relacionando-se entre si e entrelaçando-se com a história dos participantes. A maioria dos usuários esteve em contato com o crack pela primeira vez através de amigos, colegas de trabalho ou relacionamento amoroso, ou seja, os ofertantes do crack eram pessoas conhecidas e do convívio dos entrevistados. Acrescenta-se neste tópico a curiosidade, pois participar do mesmo cotidiano em que pessoas usam o crack, ouvir relatos, presenciar os efeitos despertou a vontade de se conhecer a mesma sensação.

(...) acabei me envolvendo com uma de minhas alunas, e ela acabou me mostrando o crack. Enfim, eu usei só para agradar e na realidade eu não culpo a pessoa.” (P7)

Curiosidade, com amigos, “experimenta aí que é só um peguinha, não dá nada”, daí deu, né. Usei a primeira, nunca mais, né.” (P5)

Comecei por brincadeira (...) curiosidade. Eu via ele fumando, assim parece que chamava, e disse, era um compadre meu, eu disse “compadre deixa eu experimentar, ver se é bom?” (P4)

Uma estratégia comumente usada pelos traficantes é a de limitar a venda da cocaína e disponibilizar o crack em substituição. Os participantes que já usavam cocaína tiveram dificuldade de encontrar essa substância no ponto de tráfico. Para compensar, o traficante oferecia o crack e incentivava a sua experimentação desta droga, aproveitando um momento de fragilidade do usuário que necessitava da droga, para divulgar a nova substância. Inclusive o fato de estarem sob efeito do álcool, influenciou a escolha, levando à aceitação da oferta do traficante. A partir de então o crack tornou-se a droga de preferência.

Bom eu era usuário de cocaína, né, cocaína e álcool, e um tempo, uma vez eu fui buscar cocaína e eu tava alcoolizado, e não tinha, daí acabei experimentando o crack, daí larguei até do álcool e fiquei só no crack (P8).

Eu fui na boca pegar cocaína, só que não tinha, aí o cara falou “tem essa pedra aqui, não quer experimentar?”, daí eu peguei fumei, aí eu acabei me viciando (P10).

O enfraquecimento do mercado da cocaína acompanhou o surgimento do crack. Segundo Domanico (2006) o surgimento do crack no mercado norte-americano seria uma reação dos traficantes para evitar maiores perdas financeiras devido às políticas que restringiam a comercialização dos solventes essenciais para a transformação da pasta

base em cloridrato de cocaína. O mercado passou por uma inovação na forma de comercializar a cocaína, que é muito valorizada, circulando-a em pequenas e baratas unidades. Mesmo considerando-a barata, o usuário de crack pode chegar a padrões de consumo do tipo *binge*, usando quantidades elevadas do produto, o que a torna uma droga cara.

Além da mudança no mercado da cocaína, outros fatores como o preço baixo, a disponibilidade crescente e o efeito arrebatador, favoreceram a disseminação do crack, inclusive influenciando para que o seu uso ocorresse a longo prazo. Para Raupp (2011) a possibilidade de fumá-lo em cigarros, quebrando as “pedras” e misturando-as ao tabaco ou à maconha, prática que acabou sendo conhecida como “pitico” ou “mesclado”, pôde ser vista como mais atraente para consumidores iniciantes, provocando sua experimentação. A combinação de crack e tabaco é, muitas vezes, a forma mais usada em locais públicos, enquanto a de crack e maconha auxilia na diminuição da fissura e dos efeitos ansiogênicos causados pelo crack (Oliveira & Nappo, 2008b).

A cocaína já não estava mais fazendo a minha cabeça, né. Foi que um dito companheiro, entre aspas disse: “ó tem uma coisa pra gente aqui”. Aí experimentei ele primeiro misturado, experimentei ele primeiro misturado com a maconha, ali que é o tal do mesclado (P1).

Historicamente, o crack chegou inicialmente aos centros urbanos maiores, sendo em São Paulo a ocorrência dos primeiros relatos. Os participantes que tinham contato em cidades maiores tomaram conhecimento do crack antes que ele se tornasse uma droga acessível no município em que ocorreu a pesquisa. Outros, que puderam viver em capitais (citadas nesse estudo, São Paulo, Curitiba e Porto Alegre), acabaram experimentando a droga nesses centros, o que acabou mudando o planejamento de vida da época. Depois de se defrontarem com os problemas decorrentes do uso, eles retornam à cidade de origem em busca de tratamento e apoio familiar, como será discutido mais adiante.

Eu comecei com um amigo meu, sabe. Foi numa época do rodeio, ele trouxe de outra cidade, mas nem existia aqui ainda o tal de crack (P2).

Em São Paulo, um amigo me mostrou como se fazia e, na época se tirava da cocaína; aí foi quando eu já conheci o crack, desde então foi com mais frequência. Aos 17 conheci o crack pronto, quando eu saí de São Paulo, aí desde 14 eu não tenho parado (P12).

Outras razões que levaram ao uso de crack foram a sua utilização para enfrentar dificuldades na família; emocionais e amorosas (**categoria 6.1.3**). Os acontecimentos de uma situação de intenso sofrimento e a dificuldade em suportá-la levou ao agravamento do uso.

Eu tava passando, eu tava passando por dificuldades, eu perdi meu filho num acidente, mas antes disso eu já dava umas pegadinhas, mas depois que eu perdi meu filho num acidente, eu usei de forma mais acentuada, até eu resolver de parar de usar né (P3).

Bah! Tri mal, eu recém tinha me acidentado voltando de (nome da cidade), quando eu me acidentei. Eu tinha voltado de cadeira de rodas, de muleta, Nossa Senhora, eu fiquei 6 meses de cadeira de rodas, depois mais 3 meses de muleta, aí depois que eu saí meu braço não voltou, aí dor e coisa, eu sempre fiquei tomando remédio anticonvulsivo, depressão e para um monte de coisa. Eu não era de nem tomar AAS, aí me encheram de remédio, mas foi o médico que prescreveu, mas pra quem não tomava nem AAS é horrível (...) aí já que eu tava na merda mesmo, aí sim vou me afundar, daí eu entrei na cocaína e depois no crack (P9).

O uso do crack também aconteceu num momento de vulnerabilidade emocional, quando diante da não concretização de um projeto amoroso a pessoa buscou no uso o alívio de suas emoções.

Agora lembrando assim, eu assim, os tratamentos que eu tive foi sempre, foi desilusões amorosas ou amor não correspondido, traições, assim sabe, umas coisas assim, sabe, e de tá nos lugares errados, nas horas erradas, né de aparecer aqueles amigos e tu tá ali, alcoolizado e tu não pensa sobre experimentar né. A cocaína eu lembro que foi assim, né, o crack foi a mesma coisa, também (P8).

Os participantes relataram que conflitos familiares ocorridos na infância foram disparadores do uso da droga. Estando sob efeito era mais fácil suportar situações de violência. Segundo o estudo de Duailibi *et al.* (2008) o baixo nível socioeconômico, histórico de maus tratos, problemas familiares e escolares são fatores de risco para que ainda na adolescência a pessoa inicie o uso de crack.

Eu não tinha nada a perder, era aquela companhia a maldita droga, aí eu me chapava, ficava chapada, aí eu conseguia aguentar aquilo que tava passando comigo, dentro de casa, conseguia aguentar sabe, aí depois o meu pai veio a falecer, eu tinha oito para nove anos, a minha mãe começou a beber, e

beber, e beber, sabe, e daí ela só não espancava, porque a gente apanhava sabe, porque naquela época não tinha Conselho sabe, aí eu conheci a maconha e comecei a fumar, aí era daquela baixaria toda, sabe, era vagabunda pra cima, daí fui estuprada dentro de casa né, daí eu não tinha nada mais a perder (P6).

A primeira sensação que tiveram ao experimentar o crack (**categoria 6.1.4**) foi relatada pelos participantes como diferente do que sentiam com as drogas anteriores, no que diz respeito à intensidade dos efeitos positivos de prazer. Isto se deve ao fato de o crack ser fumado e, por isso, a sua absorção ser rápida, e quase completa. Como a circulação do sangue dos pulmões até o cérebro é rápida os efeitos se instalam em segundos (Bordin *et al.* 2004). Apenas um deles, (P2), refere não ter sentido nenhum efeito no primeiro uso, porém com a disponibilidade e facilidade de acesso ao crack na cidade, a experiência foi repetida, obtendo as mesmas sensações de prazer, o que levou à continuidade do uso.

Aí senti aquele gosto, senti aquela coisa assim, aquele prazer assim que eu nunca tinha sentido antes, aquela coisa que eu não tinha achado na bebida, não tinha achado na cocaína, não tinha achado em LSD, nas drogas sintéticas que eu já tinha experimentado (P1).

As sensações experimentadas somadas às razões que levaram ao uso do crack acarretaram a continuidade do uso por todos os participantes, e o desenvolvimento de um padrão de consumo (**categoria 6.1.5**). Usar o crack era tão constante que os participantes referem que o uso se dava por qualquer motivo, inclusive prejudicando a manutenção dos cuidados pessoais e o relacionamento com os familiares. Raupp (2011) afirma que o perfil apresentado por um usuário de crack é semelhante ao da população de rua, os quais dispensam pouca atenção com os cuidados do corpo e alimentação e, em casos mais graves, só interrompem o uso para dormir e comer.

Ficava só no crack. Daí amanhecia, dois, três dias fumando né, daí nem queria saber mais de bebida né (P2).

É que todo, todo o drogado é manipulador né, ele sabe criar ideias, tipo assim uma vontade exata não existia, se eu amanhecesse triste eu fumava, se eu amanhecesse mais alegre eu fumava, então não tinha uma coisa certa assim né (P3).

Todos os dias, todo dia eu nem comia mais, ficava mais pra lá do que pra cá, nem pensava em filho, nem pensava na mãe, não pensava em nada (P4).

O padrão de consumo mais comum nos usuários de crack, segundo Ribeiro *et al* (2012), consiste em utilizar a droga pelo menos três vezes por semana, sendo o uso compulsivo o mais comum. O uso semanal ou com menor frequência acontece, mas por um menor número de usuários. Os autores classificam o padrão de consumo entre uma tendência de evolução à abstinência ou ao uso crônico. Para Oliveira e Nappo (2008a) existe a possibilidade de um usuário passar, depois de anos na fase compulsiva, para um padrão controlado de uso, desde que se conscientize das implicações e concessões feitas em favor do crack. O esgotamento dos recursos internos para lidar com as consequências decorrentes do próprio uso, bem como aquelas observadas em outros usuários, motivam o indivíduo à vida, levando ao controle do uso e até mesmo à abstinência.

O consumo compulsivo só é interrompido diante do esgotamento físico, psíquico ou financeiro dos participantes. Para manter o padrão de uso, os participantes modificam o estilo de vida focalizando prioritariamente no uso continuado, visando à repetição dos efeitos proporcionados pela droga e, para isso, criam estratégias para adquiri-la. Pedir dinheiro emprestado, vender suas próprias coisas ou da família e prostituir-se são alguns exemplos.

Nossa, eu só queria saber de usar todos os dias, o dinheiro que eu ganhava do meu trabalho era só para usar drogas. De tarde, às vezes eu estava trabalhando e usando drogas. Quando eu comecei a usar o crack, não via a hora de fechar (o local de trabalho) pra pegar dinheiro, pra usar o crack. Vendi coisas, nossa vendi cada coisa se eu fosse contar quantas jaquetas e quantos tênis eu vendi, nossa, se eu fosse contar hoje acho que eu nem teria armário para isso, mas hoje eu tô recuperando, Graças a Deus, tudo que eu perdi (P9).

Foi pouco tempo, não sei, um mês, dois meses, só que faz efeito bastante pra quem nunca usou (...) de dia eu fazia meus corre como eles dizem e a noite eu ia no traficante e pegava. Várias vezes eu fazia programa com o traficante pra eu pegar (P11).

Estudos têm chamado a atenção para a tendência do usuário de crack trocar sexo pela droga e para o risco desta prática aumentar a taxa de doenças infectocontagiosas (Duailibi *et al.* 2008; Kessler & Pechanky, 2008; Malta *et al.* (2008) e Nappo *et al.* 2004). O Cebrid realizou um estudo sobre o comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS e verificou que a troca de sexo pelo crack é uma prática comum entre usuárias, inclusive é considerada mais rendosa e mais segura do ponto de vista legal, quando

comparada aos outros atos usados para adquirir a droga, como, por exemplo, roubos (Nappo, Oliveira, Santos, Coradete, Pacca & Lacks, 2004). Nessa prática é comum o número elevado de parceiros e a ocorrência de relação sexual sem proteção devido à baixa percepção de risco, pois, ao ser movida pela fissura há um enfraquecimento das exigências em relação ao parceiro e a habilidade de negociar o preservativo é prejudicada. Malta *et al.* (2008) afirma que o maior temor não é a possibilidade de contrair uma doença, mas o de não receber o pagamento do cliente.

O contexto de vida na fase do uso do crack (**categoria 6.1.6**) foi marcado pela forma compulsiva de uso, associada às modificações no estilo de vida. Os usuários passaram a conduzir suas vidas apenas em função da substância, o que levou a consequências em nível financeiro, relacional, saúde física e trabalho. Neste último caso, observaram-se mudanças em relação às atividades ocupacionais, pois diante da dificuldade de conciliar a utilização da droga com as rotinas de trabalho, perdeu-se a credibilidade na profissão escolhida acarretando, até mesmo, o desemprego. A própria dificuldade para dormir repercute negativamente, pois o usuário não consegue mais cumprir os horários realizados anteriormente. Melotto (2009) identificou o desemprego como um problema comum dos usuários de drogas.

Eu tava trabalhando agora, poxa eu tava trabalhando de servente de obra, olha que decadência de açougueiro e pizzaiolo, não que não seja um serviço honesto, todo serviço sendo honesto ele é digno né, mas enfim, olha minha decadência né (P1).

Todo mundo sabia ali na (empresa), que eu era usuário né. Daí tô respondendo processo, tô vendo pra voltar ao trabalho, voltar a trabalhar né, senão vou ter que achar outro serviço. Faz quatro anos que eu tô na (empresa) né,. Eu acho que né, eles avaliaram mal querendo me colocar pra rua, e aí eu tô esperando (P2).

Com exceção de P11, todos os demais participantes apresentaram um padrão de consumo caracterizado por períodos longos e contínuos. Assim, seus comportamentos concentravam-se na busca de possibilidades do uso do crack, e para isso, precisavam de recursos financeiros. A fissura pela droga induz o usuário a realizar atos muito diferentes da época anterior ao início do uso e a criar estratégias para obter esses recursos. Um dos participantes que vivia em situação de rua mantinha o uso através da coleta e venda de material reciclável.

Na realidade, na época, quando eu comecei a usar com bastante frequência, a minha motivação maior era a facilidade para eu ganhar dinheiro, não roubando, não pedindo, mas no trabalho

com reciclagem. Ali é fácil, eu reciclava material porque eu sabia que o valor era, um tipo de material, vamos supor, se eu achava uma quantidade de cobre que, aí eu já sabia que eu já ia poder usar, por algumas horas, então era fácil, por isso né, não me envolvia com ninguém mais, não me envolvia nem mesmo com mulheres, tava pra viver pra droga mesmo (P7).

Por ser uma droga estimulante do SNC, o uso do crack ocasiona euforia, perda do apetite, falta de sono e agitação motora característicos (Domanico, 2006, Melotto, 2009). Esses efeitos dificultam a ingestão de alimentos, podendo levar à desnutrição, desidratação e gastrite. Existem ainda outros sintomas, como rachaduras nos lábios devido à falta de ingestão de água e de salivação; ferimentos nos dedos das mãos resultantes do ato de quebrar as “pedras” para uso; e queimaduras no nariz, causado pela chama usada para fumar. Estão presentes também o descuido com a aparência e o asseio pessoal e as perdas de vínculos familiares e sociais. Esses problemas passam a fazer parte do cotidiano dos participantes (Domanico, 2006).

(...) daí, comecei a vender as minhas coisas né. Eu nunca tinha nada, o dinheiro eu gastava tudo, e mais sinceramente um pouco da minha saúde, a gente já vai enfraquecendo, e coisa e tal, e também não dava importância né, andava sujo, por causa da dependência né (P2).

Aí foi quando eu me afundei nessa porcaria, perdi meus anos de vida, perdi né, perdi minha saúde, fiquei com lesões, porque é uma droga mesmo, destrói a vida da gente, a família da gente, né, perde a dignidade. Eu botei muita coisa fora, tudo, tudo, botei casa, botei roupas minhas boas, pedia dinheiro emprestado, não pagava, mentia, mas roubar, eu não roubava, sabe, não cheguei nesse ponto ainda, mas eu acredito que se eu tivesse continuado, eu de repente estaria fazendo coisas mais, mais graves né (P6).

O uso do crack por um longo tempo exige a disponibilidade de recursos financeiros quase sempre escassos. Uma das formas utilizadas para dar continuidade ao uso é o envolvimento com o tráfico de drogas. Neste caso estão presentes os riscos associados à ilegalidade de uma prática passível de punição, como ocorreu com o P12.

Envolvido no tráfico de drogas até 2010. Eu tava envolvido no tráfico de drogas, e no ano de 2002 fui preso aí fui condenado devido ao tráfico. Eu tinha a droga mais acessível eu fumava crack cheirava cocaína daí tinha as vantagens e daí me envolvi mais no tráfico. Daí nesse período fui condenado aí fiquei um

período em reclusão preso 5 anos e não consegui parar, mesmo recluso tinha acesso, tinha, né (P12).

Sobre as percepções relacionadas ao crack (**categoria 6.1.7**), ao longo do tempo de uso da substância, a sensação inicial de prazer foi sendo substituída por uma necessidade incontornável de usar a droga pelo fato de a mesma ter-se tornado parte do cotidiano dos participantes. A potencialização dos efeitos alcançados em um curto período de tempo favoreceu para o aumento da quantidade de droga utilizada na busca por senti-los novamente. Sensação de ser dominado pelo crack, de não ter mais controle sobre a própria vida e sentimentos de impotência são comuns entre os participantes.

(...) então é só ilusão, a gente sabe que tá cometendo erro, sabe que tá persistindo e parece que não, parece que tá achando bom, né. Só que aquele prazer foi só a primeira vez, porque depois que tu fuma a primeira só dá vontade de você querer mais e mais e mais e mais, e depois é só ilusão. É a maldição da minha vida (P1).

A pessoa vira um fantasma vagando na rua, um morto vivo (P12).

Destaca-se a presença de crenças que consideram o uso de drogas uma doença que dificilmente será curada. Melotto (2009) afirma que a problemática envolvendo usuários de drogas foi historicamente entendida como uma doença, e por isso classificada de acordo com um código, cabendo ao profissional de saúde, na maioria das vezes o médico, fazer o diagnóstico e estabelecer o tratamento. Para Schenker e Minayo (2004) a concepção da adicção como doença progressiva e crônica relaciona-se com a filosofia adotada pelos Alcoólicos Anônimos (AA). Através dos 12 passos prega-se que a recuperação só é possível com o reconhecimento individual de que as drogas são um problema e da admissão da falta de controle sobre seu uso. Após esta aceitação o adicto se rende ao Poder Superior, pois a espiritualidade é um elemento chave desse tratamento.

(...) sou portador da doença (P5).

(...) eu não posso dizer mais, que eu não conheço a minha doença, já fiz vários tratamentos (P8).

Apesar de o enfoque médico e psiquiátrico ser predominante, o Ministério da Saúde chama a atenção para as implicações sociais, psicológicas, econômicas e políticas que são evidentes e devem ser consideradas na compreensão global do problema (MS, 2004a). A Política de Redução de Danos é articuladora neste processo em que se

busca deslocar a centralidade do saber médico através da interação com os diferentes campos profissionais.

Outra percepção relacionada ao uso diz respeito à ideia de que o uso do crack representa uma maneira de fugir da realidade, mesmo que momentaneamente. Através do uso se busca obter sensações que não são proporcionadas em outras situações de vida.

Eu achava assim que eu ia ter felicidade, momentos bons assim né, eu não via a hora de ver algum traficante me entregando a pedra pra eu fumar (P3).

É uma coisa assim, que pra te explicar assim, bah!, é difícil, é uma coisa que te deixa lá no outro mundo, em outro mundo mesmo, parece uma fórmula mágica, assim sabe, de outro mundo, de outro mundo mesmo (P10).

Ao findar essa seção, verifica-se que todos os participantes faziam uso de outras drogas antes do crack, e ao experimentá-lo, os efeitos obtidos inicialmente foram de intenso prazer. Por ser uma droga de fácil acesso e disponível, a continuidade do uso é favorecida, chegando a padrões pesados de consumo. Com o tempo, surgem danos difíceis de serem enfrentados, fazendo com que se busquem tratamentos, dentre eles, a internação.

6.2 Internação

Este núcleo temático dá início à reflexão acerca da trajetória de tratamentos realizados pelos participantes. Uma abordagem conhecida entre os usuários é a internação, vivenciada por onze participantes da pesquisa e, em geral, foi a primeira opção de tratamento que eles tiveram. Somente P12, nunca foi internado, porém esteve preso por anos. As categorias apresentadas na tabela 07 versam sobre a forma segundo a qual as internações acontecem e a avaliação dos participantes sobre esta modalidade de atenção.

Tabela 07: Núcleo temático “internação” e categorias correspondentes

Núcleo Temático	Categorias
6.2 Internação	6.2.1 Tentativas para parar o uso do crack através da internação 6.2.2 Internações por problemas com o uso do crack: aspectos positivos 6.2.3 Internações por problemas com o uso do crack: aspectos negativos

Tentativas de parar o uso do crack através da internação (**categoria 6.2.1**) foram práticas comuns relatadas nas entrevistas e pela observação participante. No que diz respeito aos procedimentos da rede municipal de saúde, a internação deve ser indicada pelo CAPS, e a grande maioria dos participantes referiram que acreditavam que o CAPS era simplesmente a porta de entrada para a internação e desconheciam a proposta de atenção oferecida por esse Serviço. Isso demonstra a necessidade de tornar esse Centro mais conhecido no meio social, tornando-o mais acessível à população. Toda essa situação decorre também do fato de que, no período anterior ao CAPS, as possibilidades de tratamento para álcool e drogas que a rede de saúde ofertava eram reduzidas às consultas médicas e psicológicas, que mesmo sendo necessárias não eram suficientes para um momento de crise.

E eu achava que aqui era só a porta de entrada pra Fazenda Terapêutica, mas não, no entanto desde o dia 05 em diante que eu comecei a vir nas oficinas, pra mim tá sendo o meu melhor remédio (P1).

Fiz várias tentativas, já fui internada quatro vezes, mas eu só parei no momento que eu quis (P3).

Fiz várias tentativas. Substituí uma droga pela outra e não consegui parar (...) o resultado foi com a internação (P5).

De acordo com a observação participante, o CAPS tem como objeto a redução do número de internações psiquiátricas, porém estas ainda ocorrem e são reguladas pela regional de saúde. As vagas destinam-se aos portadores de sofrimento psíquico grave e aos problemas relacionados ao uso de álcool. Nos casos de problemas por outras drogas, o encaminhamento para desintoxicação é feito em leitos de hospital geral ou em Comunidades Terapêuticas, conforme convênio realizado pelo Estado. Existe ainda, um convênio do município com uma Comunidade Terapêutica para atender aos casos de necessidade de internação por uso de crack, assistindo a demanda de pedidos compulsórios do Poder Judiciário. Através do acesso aos registros de internações do mês anterior à observação, outubro de 2012, verificou-se que ocorreram 02 em comunidade terapêutica por uso de crack, 02 para desintoxicação em hospital geral também por uso de crack e 01 por álcool em clínica psiquiátrica.

A busca pela internação nem sempre partiu do próprio usuário, sendo que diante da gravidade dos problemas decorrentes do uso, necessitaram, muitas vezes, do auxílio da família para intermediar a concretização dessa ação. Melotto (2009) afirma que, a partir do momento em que o uso se torna visível e reconhecido por outras

pessoas, implica um novo momento para o indivíduo. A dificuldade em conciliar o uso e a relação familiar, os conflitos decorrentes da situação e os incentivos recebidos para a transformação dessa realidade são fundamentais para o que se denomina de descontinuidade do uso. Além disso, as percepções negativas em relação ao crack, o sentimento de maior fissura quando comparada as outras drogas e a dificuldade de controlá-la influencia para que o padrão de consumo seja alterado, reduzido ou abandonado.

Aí em primeiro lugar eu agradeço a Deus né, e em segundo lugar agradeço o minha filha que me internou, que me livrou de tudo isso né (P6).

Para Acosta (2009) a motivação para uma pessoa tratar-se por problemas decorrentes do uso de drogas relaciona-se com duas situações problema. Uma delas diz respeito a uma pequena porcentagem de usuários que procuram espontaneamente consultar em algum momento de suas vidas e a outra se refere àqueles em que a motivação para consultar é de terceiros, considerados pessoas significativas, como os familiares. Essa influência pode ocorrer em decorrência de vias legais, através de pedidos do local de trabalho ou através de familiares e amigos. Melotto (2009) refere que a ajuda de outras pessoas auxilia na objetivação da mudança, pois esta transcende a dimensão individual da vontade e ainda relaciona-se com os recursos que o sujeito irá acessar e com as relações sociais que irá estabelecer a partir do momento em que inicia o tratamento.

Mesmo assim, deve-se ter cuidado com a forma como o terceiro intervém quando solicita essa medida. Mesmo com a disponibilização de vagas pelo Estado, destinadas a internações voluntárias, um caminho utilizado pelos familiares é a busca por uma internação compulsória. Neste caso, o usuário é conduzido à instituição mesmo contra sua vontade, desde que represente risco para si mesmo ou para outros. Havendo resistência o serviço de saúde utiliza de contenção para conduzi-lo até a instituição e, assim, cumprir a determinação judicial. Essa prática pode ser traumática para o usuário, prejudicando sua busca pela continuidade do acompanhamento após a alta e também com os familiares que pediram pela internação.

Eu acho que é pior porque pra mim me pegaram na marra, aí eu fiquei com aquela coisa mais na cabeça, não gostei porque eu fiquei assim, fiquei com aquela coisa na cabeça de me levarem amarrada. Por que me levaram amarrada? Daí fiquei com aquilo na cabeça (P4).

Durante o período em que a observação ocorreu na recepção, verificou-se que a busca de informações, por parte dos familiares, sobre os procedimentos para internação, foi maior do que para ingressar no CAPS, demonstrando ser a internação uma modalidade de atenção mais conhecida e ainda hegemônica entre o público em geral. A internação é a prática principal procurada pelos familiares de usuários de crack, também pelo fato de a família apresentar dificuldades em enfrentar esse problema, buscando, até mesmo, na intervenção judicial uma forma de se eximir dos cuidados, já que a relação encontra-se desgastada.

Quem atende na recepção do CAPS é a auxiliar técnica, a qual explica sobre as rotinas do CAPS e informa sobre a necessidade de se agendar uma triagem, pois a internação só ocorre após a avaliação da equipe sobre sua real necessidade e com a emissão de um laudo médico, conforme preconiza a Lei, o que é motivo de desapontamento para quem quer solução imediata, como no caso dos usuários. Observou-se que quando eles chegam ao Serviço anseiam por uma solução naquele momento, a qual está relacionada com outros benefícios, como ficar fora de circulação, fugir temporariamente dos problemas sociais e financeiros decorrente do uso e ter uma melhora da condição física. Assim, o que solicitam é a internação, e cabe aos profissionais auxiliar os usuários na administração da sua impaciência e imediatismo.

Como se viu anteriormente, o tratamento em decorrência do uso de drogas é abordado historicamente sob a ótica predominantemente médica e psiquiátrica. Para tanto, segundo Melotto (2009) as propostas de atenção são baseadas no tratamento medicamentoso e na internação. O objetivo de ambas é a abstinência do uso, condição fundamental do propósito de reabilitação à qual esta perspectiva se destina. Um elemento questionável com relação à falta de motivação para o tratamento refere-se, segundo Acosta (2009), à abstinência enquanto objetivo e condição do tratamento. Portanto, deve-se adequar o tratamento à motivação já existente no cliente ao invés de adequar a motivação à forma de tratamento.

Só que internação não é, não é o remédio, digamos assim. Então, ajuda nos casos muito complicados claro, mas tipo assim, se a pessoa tem uma capacidade pra viver numa sociedade pra encarar um grupo de terapia, fora, digamos assim, da clínica, não tem porque ser internada (P3).

A internação, dentre os recursos disponíveis, deve ser escolhida quando já se tentou outras modalidades de atenção, porém sem sucesso. A internação pode ser para desintoxicação em leito de hospital geral, em clínicas psiquiátricas e em comunidades terapêuticas. Neste último caso,

destina-se a quem necessita de um ambiente estruturado e controlado e, geralmente, desenvolve suas ações utilizando como base o tripé disciplina, trabalho e espiritualidade. No Brasil, as comunidades terapêuticas são regulamentadas pela RDC 29 da ANVISA, a qual refere que o principal instrumento terapêutico deste modelo é a convivência entre pares.

Para Shenker e Minayo (2004), na comunidade terapêutica, o uso de drogas é entendido como um distúrbio pessoal global, acarretando deficiências nas habilidades interpessoais e na consecução de objetivos. É um programa residencial em que o usuário é estimulado a desenvolver comportamentos, crenças e atitudes pessoais socialmente mais adaptados, num ambiente terapêutico e de apoio.

As internações ocorreram, em sua absoluta maioria, em comunidades terapêuticas e não em clínicas ou hospitais psiquiátricos, mostrando a tendência contemporânea no Brasil para esse tipo de internação, no caso de problemas decorrentes do uso de drogas. Esta prática foi avaliada pelos participantes com base em aspectos positivos e negativos.

Os participantes que passaram por comunidades terapêuticas referem aspectos positivos da internação (**categoria 6.2.2**). Aquelas que utilizavam de programas baseados nos 12 passos para a recuperação e nas 12 tradições dos Alcoólicos Anônimos (AA), proporcionaram mudanças importantes para uma vida saudável, e também auxiliaram para manter as relações de convívio dentro da instituição e na reprodução dessas aprendizagens quando voltaram a viver na comunidade de origem, favorecendo a continuidade do tratamento após a alta.

Ferramentas que eu aprendi lá dentro e que eu tô usando hoje aqui fora, sabe, nesse pouco tempo que eu estou abstinente, que estou na sociedade, vamos supor, de volta (P1).

Foi bom. Foi aonde eu achei que não tinha mais saída, mas aí fui procurar recursos e vi que havia saída, porque eu já estava no fundo do poço. Na verdade eu já tinha cavado minha sepultura. Daí, através do internamento foi clareando. Eu andava cego, né, só vivia para aquilo (P5).

Algumas comunidades terapêuticas são ligadas a entidades religiosas e outras associam a filosofia dos 12 passos com a espiritualidade, o que tende a tornar essa abordagem mais resolutiva. Sanchez, Ribeiro e Nappo (2012) afirmam que, diante da angustiante necessidade de sair da crise ocasionada pelo uso de drogas, o usuário sente-se cativado pela possibilidade de futuro que a comunidade

terapêutica lhe apresenta, facilitando a conversão religiosa. A possibilidade de ganhar uma nova identidade em um novo grupo, no qual as pessoas se respeitam, são solidárias e não competitivas, a canalização das dificuldades e preocupações individuais para serem resolvidas pelo grupo por meio do fortalecimento de amizades e mútua ajuda são alguns dos fatores que tornam as comunidades atrativas. Afirmam, ainda, que o usuário de crack, devido ao consumo intenso e de todo tipo de desajustes emocionais e sociais aos quais foi exposto, chegando ao “fundo do poço”, apresenta uma forte desesperança. Assim, a espiritualidade lhe é oferecida como uma possibilidade de mudança depois de diversas tentativas frustradas de recuperação.

E a espiritualidade lá é muito bom sabe (P1).

Eu gostava de lá por que eu ia muito nas capelas, é bom, pegava oração, é bom né (P4).

As comunidades terapêuticas utilizam o trabalho como instrumento educativo e terapêutico no processo de tratamento. A própria RDC 29 contempla a participação do interno na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta e outros afazeres, promovendo sua responsabilização com a instituição, com seu tratamento e com o tratamento dos demais, levando a sensações de utilidade e valorização. Recomenda-se que essas aprendizagens sejam reproduzidas quando o usuário receber alta e fizer sua reinserção social.

Lá é bom, tem que tratar os animaizinhos. Lá é tipo uma fazenda, tem que cuidar da vaca, tirar leite, cuidar dos bichinhos, nossa! você se envolve, tem que limpar a casa. Mas lá é muito bom de ficar, para quem quer fazer tratamento é o melhor lugar (P11).

Outras ações previstas na resolução e que foram referidas pelos participantes diz respeito à possibilidade de a comunidade terapêutica realizar atividades que promovam o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas e atividades de estudo que objetivem a alfabetização e a profissionalização dos internos. Essas ações são vistas como um investimento da instituição no usuário e irá refletir na sua reinserção, pois o mesmo voltará ao mercado de trabalho capacitado.

Pra minha recuperação foi maravilhoso, porque eu aprendi um monte de coisa. Sei o que é um adicto na ponta da língua, sei o que é adicção, sei o que é efeito, o que é manipulação, sei tudo. Só posso recair se eu for otário, só recaio mesmo, agora, se eu for muito otário, porque eu aprendi bastante, aprendi os cursos de teologia, fiz outros cursos pra emprego também, fiz um monte de coisa quando eu tava internado, me ajudaram, tive

bastante ajuda, sabe, todo mundo, não sei se eu sou uma pessoa boa, mas todos gostavam de mim, eu era bem tratado, em todas as internações eu fui bem tratado (P9).

Ao longo do tempo de uso do crack, é referido pelos participantes o surgimento de conflitos familiares e até a perda destes vínculos, pois estes se sentem esgotados diante do problema. Se antes eles podiam contar com esse apoio, com o tempo a família acaba desistindo de ajudar. Por isso, os participantes mencionam que o período de internação é um tempo de descanso para sua família e também um período em que eles próprios puderam se recuperar diante dos danos causados pela droga.

(...) foi nove meses que a minha família ficou aqui fora vivendo, e eu vivi bem sabe, também vivi né (P8).

A experiência da internação também apresentou aspectos negativos (**categoria 6.2.3**), vividos através de situações desagradáveis e traumáticas. Uma das percepções que os participantes tiveram com a internação relaciona-se com sensação de estar fechado dentro de uma instituição e por isso, ter que seguir as regras impostas. Assim, a perda da liberdade, como é relatado pelo P1, é sentida como uma das principais dificuldades para se adaptar no período de internação. No que diz respeito às comunidades terapêuticas, segundo a resolução, deve-se comunicar as normas e rotinas da instituição ao residente assim que houver sua admissão. Também deve garantir respeito à pessoa independente de sua etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira. Na prática nem sempre o respeito é considerado, e se a pessoa não se adaptar ela tende a desistir desse tratamento.

(...) o principal que é cortado é a tua liberdade, você não tem liberdade pra nada, você tem horário pra ti tomar café, pra ti almoçar, pra ti jantar, tu tem horário pra ti dormir, sabe, é uma vida bem regrada. Não tem televisão, tem televisão, mas tem que ser com os programas ali já sugeridos ali da fazenda né (P1).

Dentro da clínica tu passa por uma situação traumática assim, é uma situação assim horrível, porque tu tá fechada lá, tu entra, bate o cadeado, tu sai, bate o cadeado (P3).

Você ter que seguir regras que, na realidade pô!, você tava, um exemplo assim, vai tomar banho, tava chegando o momento de você ir tomar banho, já estavam querendo que você saísse, e você nem tinha entrado no banho. Oh, coisa assim, que eu entendo que pra eles não deve ser fácil comandar um monte de

peessoas né, mas enfim eram regras que para mim, coisa assim, não tinha valia, aí eu fui me afastando na hora de todo o resto sabe, não era a minha religião, não é que eu não aceite outras religiões né, não era, então na realidade eu não aceitava o que eles estavam tentando aplicar ali pra tentar me ajudar né. Eu não sei se a senhora já viu, bem diferente do que tá sendo aqui né (P7).

A comunidade terapêutica é uma modalidade de tratamento de caráter residencial e de convívio familiar, sujeita a regras e normas. Na ocorrência de alguma falta do residente esta pode ser considerada motivo para ele sofrer castigo, como no caso de P2. Essa prática é considerada inadequada para quem está em tratamento inclusive sendo reprovada pela legislação. Sobre o processo assistencial, a RDC 29 prevê que durante a permanência da pessoa, a instituição deve garantir o bem-estar físico e psíquico, ambiente livre de substâncias psicoativas e de violência, ficando proibida a aplicação de castigos físicos, psíquicos e morais. Sofrer castigo ou presenciar outro residente passando por uma situação dessas, acabou melindrando o comportamento dos participantes nessas instituições, fazendo com que ficassem submissos a humilhações públicas. Percebe-se aqui a necessidade de fiscalizações nestas instituições, ou mesmo denúncias, para que este tipo de prática seja coibida.

Na clínica eu acho que a gente sai um pouco mais revoltado de lá (...) Na clínica, tu tá buscando teu tratamento, mas tu se sente um pouco com medo né, porque se tu faz alguma coisa errada tu tem que pagar “MR” (medida reeducativa), daí parece que tu tá sendo pressionado né, pra você não usar droga né, e aqui já não; que nem eu falo né, se boto os dois, aqui não né, se tu quiser usar droga, temos tudo aí, se eu quiser eu vou ali fora, uso a droga ali né, não ficam pressionando sabe, não sei se você tá me entendendo sabe? Que nem lá se tu fizer alguma coisa errada, porque tu tá na comunidade né, tu fizer alguma coisa errada, tipo, que nem uma vez eles me pegaram dormindo lá, tava cochilando, n:çem tava dormindo, eu trabalho de pedreiro, eu tava fazendo um forro, trabalho de carpinteiro também, e aí naquele dia tava chovendo e eu dei uma cochilada no banco, e o cara me pegou e eu fiquei no machado a noite toda. Daí lá tu tem essa visão, que se tu tá em tratamento, mas qualquer coisinha que tu fizer errada tu vai pagar com castigo né (P2).

(...) assim como é que eu vou te dizer, eles te humilham muito, sabe. É na abertura de mesa, é muito humilhada sabe. Só não te

chamam de cadela, porque no mais eles te chamam de tudo, no mais eles dizem que tu vai vender a tua mãe, tu vai vender teu filho, tu vai vender, sabe, tu vai vender, tu é uma vergonha, de tudo um pouco, sabe, é terrível (P6).

Outra situação vivenciada refere-se à falta de recursos diante de uma intercorrência clínica. A legislação prevê que diante de um agravo à saúde a instituição se utilize de mecanismos de encaminhamento para a rede de saúde, a fim de que a pessoa possa ser assistida. Com o não cumprimento dessa determinação corre-se o risco de que diante de um problema até mesmo em decorrência do uso de drogas, esse possa se agravar antes de ocorrer o encaminhamento adequado. Associa-se ainda o fato da localização da comunidade ser, na maioria dos casos em área rural, e não contar com imediata disponibilização de transporte para conduzir a pessoa.

(...) mas aí eu penso tudo o que eu passei lá, tudo o que eu sofri, porque lá o hospital é longe, uns quinze km, não tinha carro, você ficava gripada não tinha carro para te levar, teve um dia que me deu uma dor de garganta sem pode falar, não fui para o médico, aí lá tinha que sarar com o tempo (P11).

A internação apresentou-se como um tratamento conhecido e vivenciado pelos participantes, demonstrando que embora nem sempre tenha sido uma experiência positiva, agregou religiosidade, e proporcionou o conhecimento a respeito do uso de drogas e de estratégias de prevenção à recaída, as quais são utilizadas no cotidiano atual dos usuários. Sempre se deve avaliar a necessidade da internação, pois aprendizagens como essas, também podem ser acessadas fora do ambiente da comunidade terapêutica.

6.3 O Centro de Atenção Psicossocial

A discussão deste núcleo temático percorre a trajetória de tratamento que os participantes tiveram ao acessar a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica, o CAPS. Esse serviço objetiva romper com as práticas hospitalocêntricas através do processo de reabilitação psicossocial, estimulando a integração social e familiar do indivíduo e promovendo sua autonomia. As categorias apresentadas na tabela 08 descrevem como esse serviço tornou-se na visão dos participantes a melhor possibilidade de tratamento realizado.

Tabela 08: Núcleo temático “O Centro de Atenção Psicossocial” e categorias correspondentes

Núcleo Temático	Categorias
6.3 O Centro de Atenção Psicossocial	6.3.1 Tratamento no CAPS 6.3.2 Motivações para o tratamento no CAPS 6.3.3 Atividades no CAPS que contribuem na recuperação 6.3.4 Relação com a equipe do CAPS 6.3.5 Convívio com outros usuários do CAPS 6.3.6 Dificuldades encontradas no tratamento do CAPS 6.3.7 Abandono do tratamento CAPS

O tratamento ofertado pelo CAPS (**categoria 6.3.1**) é estabelecido e regulamentado pela Portaria nº 336/GM de 2002, constituindo-se de um serviço ambulatorial e de atenção diária sob a lógica do território. O atendimento destina-se a pessoas com intenso sofrimento psíquico, através da realização de cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e a inclusão social dos usuários e de suas famílias (MS, 2004b). Um exemplo de vivência preconizado por este modelo é apresentado na fala de P6, que relata sobre o quanto foi importante participar de uma atividade externa que o CAPS realizou na praça central do município, trazendo-lhe reconhecimento enquanto membro da comunidade. Além disso, demonstra sentir-se pertencente a essa instituição, que é um espaço de ajuda em que o usuário está em convivência com pessoas, promovendo a reconstrução de sua rede social.

Tu não é uma pessoa que não tem importância pra nada, tu tá ali no centro (da cidade), se mostrando que tu tá no CAPS, que é uma coisa importante né, que todo mundo acha que tu tá aqui, porque é louco, porque é, eles acham que estando no CAPS, alguns acham porque é loco né. Não, a gente tá pra ser ajudado né, e a gente é ajudado aqui, né, a melhor coisa que tem em (nome da cidade), que ajuda mesmo é o CAPS, porque outro lugar, não adianta nem tu procurar, porque não te ajudam nada

(...) o CAPS pra mim, é a minha segunda casa, sabe, aqui é meu segundo lar, é um lugar que eu me sinto bem, que eu me sinto à vontade, que eu me sinto amada sabe, eu sinto assim que alguém me ama, que alguém me ama, todos eles sabe, é um lugar assim que é minha segunda casa (P6).

A proposta de o CAPS ser um serviço de saúde aberto e comunitário possibilita o convívio em sociedade e produz formas mais sociabilizantes de tratamento, faz com que o participante aprenda a superar as dificuldades enfrentando-as no seu cotidiano. Os participantes também referem o fato de poderem manter o convívio em família e na comunidade como maior diferença em relação à internação, percebendo o fortalecimento desses vínculos.

(...) eu tô em convívio com minha família, eu estou em convívio com a sociedade, com as armadilhas que estão aí fora, então a gente tem que saber usar aquelas ferramentas que tem (P1).

Eu acho que o melhor tratamento que existe, é isso, é tu se envolver com alguma coisa, tu tá participando da sociedade, tu ser membro ativo. Não adianta te socarem dentro de uma clínica e lá te abandonarem, daqui trinta, sessenta dias te buscarem de volta, e mais quinze tu recai e tu começa do zero de novo, eu acho assim oh!, se tu acha que tu tá num caminho bom, tu tem mais é que prosperar nesse caminho e buscar coisas novas, e é o que eu tô fazendo agora (P3).

(...) e vindo aqui, tô em casa com a minha filha, minha esposa, estamos de bem né (P8).

As motivações para o tratamento no CAPS (**categoria 6.3.2**) variaram desde o desejo próprio de realizar o tratamento, até a interferência de um terceiro, geralmente um familiar. Como já visto no núcleo anterior, Acosta (2009) refere que esses dois elementos influenciam na motivação para que uma pessoa realize um tratamento por problemas decorrentes do uso de drogas. O que pode se observar é que independente de como os participantes chegaram ao serviço eles tomaram a decisão de continuar o tratamento e de realizar mudanças em suas vidas.

(...) e eu tô fazendo esse tratamento agora, porque eu cansei de prometer pra minha mãe (P1).

(...) eu tô buscando o meu tratamento né, eu quero parar de usar né (P2).

Por vontade minha, e vontade de meus pais (P7).

(...) eu decidi parar e vim aqui no CAPS (P11).

Além das motivações pessoais ou por incentivo de terceiros, existem outros elementos que vão influenciar o processo de mudança. Um deles refere-se a quando o usuário se depara com as consequências e com os riscos até de perder a vida em decorrência de um padrão de consumo pesado, ocorrendo, neste momento, a busca pela mudança. O estilo de vida permeado por atividades ilícitas, como roubos, assaltos e tráfico e a prática de comportamento de sexual de risco tornam o usuário de crack mais vulnerável a mortes por causas externas. No estudo realizado por Ribeiro *et al.* (2006) que acompanhou 131 usuários de crack por cinco anos, verificou-se que estes tem maior risco de morte do que a população em geral, sendo os homicídios e a AIDS as causas mais observadas. Os danos decorrentes do uso, relacionam-se também aos prejuízos à saúde física como aqueles causados ao sistema respiratório (Mançano *et al.* 2008) e ao sistema cardiovascular (Gazoni *et al.* 2006).

Só consegui no momento em que eu vim pedir ajuda no CAPS. Pô, que eu tive que enxergar a morte várias vezes, tive que ir a óbito quase, para poder procurar ajuda (P5).

(...) o uso foi tanto que eu acabei tendo um aneurisma, eu tive um AVC, aí foi quando eu senti, sabe, chega. Eu não fiquei com sequela alguma, a cirurgia foi em menos de um mês, pedi para conversa com meus pais, poderia ser a qualquer momento, se eu pedisse ajuda, no momento que eu pedisse ajuda eu entrasse em contato com meus pais, eu sei que eles iam me buscar, e é o que aconteceu, eu entrei em contato com meus pais, então (P7).

Os participantes referenciam ao fato de estarem em contato com pessoas que iniciaram o tratamento no CAPS e de observarem mudança na vida dessas pessoas. A obtenção de bons resultados fez com que se sentissem estimulados a também buscar o tratamento nesse serviço, como no caso de P9, que já passou por 15 internações, ou seja, iniciou por abordagens que devem ser utilizadas quando todas as outras formas de atenção foram esgotadas. Por isso, a importância do CAPS de ser um ambiente acolhedor nas particularidades de cada usuário.

(...) eu conheço bastante gente que vem aqui no CAPS, e dá pra ver que tá funcionando. A gente só vem em um lugar, é como uma fazenda, a gente só vai para aquele lugar quando a gente vê sair um interno que tá bem. Então eu tô vindo pra cá porque eu tô vendo amigos meus que estão bem, e eu posso vir a ficar bem também. A gente tem um espelho, sabe que dá certo (P9).

Alguns participantes associam a ida ao CAPS ao fato de estarem sem trabalho formal ou outra forma de ocupação, e com isso preenchendo o tempo livre ao participar, em especial, das oficinas. Aqui

nos deparamos com uma divergência em relação ao que é preconizado por esse modelo de atenção. A reinserção social não ocorre quando o usuário utiliza o serviço somente para se entreter, para ocupar seu tempo ocioso, ainda que seja um espaço importante de socialização com os outros. Mas também é essencial promover o reconhecimento do usuário como um sujeito portador de direitos, dentre eles o do trabalho e, com isso, poder capacitá-lo para as necessidades da vida real. Esse é um desafio para o CAPS, não só no que diz respeito ao tratamento do usuário de drogas, mas do portador de sofrimento psíquico em geral.

(...) se eu não tiver trabalhando, ficar em casa fazendo o quê né, daí eu venho pra cá né (P2).

Tem semana que eu venho todo dia, venho de manhã, venho de tarde, porque até então tô sem trabalho, por enquanto. Quero recomeçar uma vida nova, mas eu venho (P10).

Um dos objetivos do CAPS é evitar internações, o que foi uma prática vivenciada pelos participantes e por alguns foi considerada uma experiência desagradável. Assim, diante da situação de crise o tratamento oferecido pelo CAPS é uma alternativa de tratamento que não a internação. Outro elemento que influenciou no ingresso do tratamento relaciona-se com os benefícios que um serviço do SUS possibilita. No caso de P9 há a necessidade do uso regular de medicação e, ao realizar o tratamento, o participante recebe consultas médicas que lhe asseguram a aquisição das medicações.

Daí eu dei uma recaída feia, sabe. Daí eu peguei e a mãe disse vai lá (CAPS), daí não vai ser preciso internar, senão eu ia ter que ser internado à força (P2).

É que antes eu já vinha, mas vinha uma semana sim e outra não, daí pediram pra vir sempre, direto senão não iriam dar medicação. Aí eu tenho que vir até por causa da medicação (P9).

Outras motivações estão relacionadas à possibilidade do CAPS intermediar uma internação para que o usuário se afaste dos problemas decorrente do uso. Foi constatado na observação que quando os usuários chegam ao serviço, anseiam por uma solução naquele momento, a qual está relacionada com outros benefícios, como ficar fora de circulação, fugir temporariamente dos problemas sociais e financeiros decorrentes do uso e ter uma melhora da condição física. Assim, a solução que vêm solicitar, de acordo com a observação participante, é a internação, porém nem sempre é a prática ideal para o momento, contrariando a expectativa inicial do usuário. Cabe aos profissionais auxiliar os usuários na administração da sua impaciência e imediatismo.

O CAPS deve oferecer tipos diferenciados de atividades. Segundo o MS (2004b), quando a pessoa é atendida em um CAPS ela tem acesso aos recursos terapêuticos próprios dessa modalidade de atenção. Os atendimentos podem ser individuais, como a orientação, a psicoterapia e a prescrição de remédios; grupais como as oficinas e os grupos terapêuticos; familiares, incluindo as visitas domiciliares; comunitários e as assembleias ou reuniões de organização do serviço. As atividades que contribuem para a recuperação (**categoria 6.3.3**) são descritas tomando como base nos recursos acima citadas e as sensações e benefícios que participantes tiveram na realização destas atividades.

A participação no grupo terapêutico é a atividade citada pelos participantes que mais auxilia na expressão dos sentimentos, e na qual os usuários se sentem mais compreendidos dentro de sua problemática, na medida em que compartilham dificuldades parecidas, aprendendo através da troca de experiências. Segundo Bleger (1993), grupo é o conjunto de pessoas que entram em interação entre si, em que se estabelece uma sociabilidade sobre um fundo de sincretismo, em que os indivíduos não têm existência como tais. No caso do grupo terapêutico, acrescenta-se o fato de haver o terapeuta que também está envolvido nesse sincretismo, porém intervém com um papel especializado.

É bom às vezes conversar, desabafar, partilhar o que tá incomodando, o que não tá bom, enfim botar pra fora, que guardar uma hora estoura né, os trabalhos que fazem lá no grupo me faz bem. Eu me sinto bem em ter que vir partilhar, desabafar, me tratar, ter um acompanhamento. Isso me faz bem, me sinto bem (P5).

Ah, me ajuda porque o grupo tem o mesmo problema que eu (P9).

Outra contribuição está o fato de o CAPS promover o convívio com os outros usuários. É um espaço no qual se criam novas relações levando até ao aumento da rede social do participante. Como já foi explicitado, o uso do crack por longo período de tempo tende a levar a perdas de vínculos tanto familiares como sociais. O CAPS é um local para que o usuário resgate ou reaprenda a resgatar esses vínculos. Para o MS (2004b), a simples convivência no serviço tem finalidade terapêutica.

O convívio com os outros colegas, tipo assim, eu vinha aqui pra conversar, por mais que eu não gostasse de falar né, conversar assim, eu gostava de vim aqui, eu participava do convívio com as outras pessoas (P3).

As oficinas terapêuticas ocorrem diariamente, no período matutino e vespertino, sob a coordenação de um profissional designado para a tarefa. Durante o turno da tarde, há maior comparecimento de pacientes, geralmente dividindo-se em metade usuários de drogas e metade portadores de sofrimento psíquico. Nas atividades observadas, verificou-se que ambas as oficinas são flexíveis na realização das propostas que são planejadas anteriormente aos encontros. Houve uma situação em que um dos usuários havia recaído e estava desanimado. Neste caso, mudou-se a proposta de trabalho para esse paciente, considerando seu momento atual.

A modalidade mais frequente de oficina no CAPS pesquisado é a expressiva, realizada através de atividades plásticas. Para tanto, ela representa um espaço de aprendizagem de técnicas e desenvolvimento de habilidades, além de auxiliar no controle emocional, como refere P8. Quando o participante leva para casa o trabalho produzido na oficina, há o reconhecimento dos familiares em relação ao envolvimento que o usuário vem demonstrando com seu tratamento, e sua produção é uma maneira de representar seu empenho. Além disso, o reconhecimento e valorização de terceiros incentiva que o participante se mantenha em tratamento.

Tem coisas assim que tu diz assim, “ah! é uma besteira fazer”, tu não sabe, daí tu começa a fazer nas oficinas ali, tu acha legal sabe, eu aprendi muita coisa ali, porque é ali que eu tô conseguindo manter minha calma né, me dedicar, começar uma coisa e terminar, tinha muitas coisas que eu começava e não terminava se eu começa e não dava certo eu já deixava de canto (P8).

Daí eu tô ocupando a cabeça, faço os artesanatos, chego em casa muito faceira, mostro pra mãe, mostro pra um, pra outro assim. Daí eles incentivam a pessoa, né (P4).

Pensando na reabilitação psicossocial, a aprendizagem das técnicas durante as oficinas propicia a realização de atividades fora do CAPS, como é relatado pelo P1 e P2. No caso da dependência de drogas, o fato de manter-se em ocupação também nos períodos em que não estão no CAPS parece auxiliar para que não ocorram recaídas e o usuário se mantenha em tratamento. Segundo o MS estar em tratamento no CAPS não significa que o usuário tenha que estar a maior parte do tempo dentro do Serviço, mas sim que possa realizar atividades fora dele. Cabe ao CAPS ser articulador para que essas atividades sejam reproduzidas na comunidade em que os participantes estão inseridos, promovendo a reabilitação psicossocial do indivíduo (MS, 2004b).

Outras coisas assim que ajudam os artesanatos, que eu não tô fazendo só aqui, eu também tô fazendo em casa, até pra mim me manter ocupado, e literatura também, eu busco bastante, gosto bastante de ficar lendo de estar me especializando, aprendendo ali coisas novas (P1).

Me ajuda bastante, daí eu não penso bobagem, até em casa, eu comprei um formão, trabalho em casa, quando eu não tô aqui, eu tô fazendo alguma coisa em casa (P2).

O padrão de consumo pesado fez com que, por muito tempo, o usuário se relacionasse com a substância, e com isso, sua vida mantinha-se buscando formas de conseguir usá-la. Com o ingresso no CAPS, o participante substitui a rotina centrada na droga por novos hábitos.

Auxilio-me no termo de ficar com a cabeça ocupada né, com outro pensamento, outros desejos né, e no mesmo momento tá me substituindo a droga, se eu tô na rua, não tem o que substitua né (P12).

Pode-se perceber que o CAPS tem garantido um espaço acolhedor em que o participante se sente bem recebido. Como houve o prejuízo dos vínculos sociais e muitas famílias acabaram desistindo de ajudar foi no CAPS que eles acabaram suprimindo essa necessidade que não encontraram em outros ambientes. Deve-se ficar atento para que o usuário não crie dependência desse serviço, repetindo práticas manicomialis.

(...) então essa também é uma das motivações, o que tá me motivando sabe, sabendo que eu vou chegar aqui e eu vou encontrar alguém sabe, pronto ali pra me receber, né, não só de braços abertos, mas para dar altos puxões ali na minha orelha, se eu estiver fazendo alguma coisa errada né, ou se eu fizer coisas certas também, né (P1).

(...) quando eu venho aqui, eu encontro aquele abraço carinhoso, encontro aquele sorriso gostoso sabe, que eu não tenho em casa entende (P6).

A relação com a equipe do CAPS (**categoria 6.3.4**) é referida como harmoniosa. Os participantes percebem os profissionais disponíveis quando necessitam de algum atendimento. Apesar de essa relação estar categorizada de forma independente não se pode deixar de relacioná-la com as motivações para o tratamento, pois o fato dos participantes perceberem o interesse do profissional, a motivação da equipe para com o tratamento do usuário, incentiva-o para a mudança. Para Babinski e Hirdes (2004), os profissionais de saúde devem estar abertos à nova abordagem em saúde mental nascida com o movimento

da reforma psiquiátrica. O sujeito e sua singularidade devem ser valorizados, assim como sua história e vida cotidiana, deslocando a centralidade na doença para o resgate dos aspectos positivos e pontos fortes da pessoa. O modelo deixa de ser o do dano, da doença e passa a ser o da reconstrução da vida.

Em relação à equipe técnica, pra mim tá sendo ótimo assim. To sendo super bem recebido, desde o momento quando eu chego, até a (nome da higienizadora) chega ali e oferece um café de manhã quando tá muito frio “aqui meu filho, chegue aqui e tome um cafezinho”(P1).

Ah! Eu acho que contribuição, contribuições todas, cem por cento, todas. Tipo assim, eu sinto que minha psicóloga assim é uma pessoa que me deu muita força, ela e uma outra profissional né, (...) uma assistente social, à qual né, não trabalha mais no CAPS, mas foram duas pessoas que me tiraram do fundo do poço, foram elas duas, e hoje o nome da (psicóloga), né digamos assim, pra mim é um nome de grande relevância na sociedade (P3).

Eu cheguei aqui sempre fui tratada tipo, aguarde um pouquinho que ela tá atendendo, sempre com educação, nunca destratarem ninguém que eu saiba, sempre fui bem respeitada, nunca tratam diferente, tudo igual, e são bem competentes também (P11).

Aspectos relacionados à equipe também puderam ser notados nas observações participantes, quando durante os intervalos dos atendimentos, presenciaram-se conversas informais dos profissionais sobre o tratamento dos usuários de crack. Observou-se que no dia a dia com o usuário de crack o profissional passa a conhecer a história de vida do paciente, e desconstrói os rótulos sociais que acompanham esses usuários. Verificou-se essa aproximação quando os profissionais realizam visitas domiciliares, ou solicitam a presença da família para orientações, fazendo investimentos para que o tratamento dê certo. Além disso, há a atuação do Serviço Social, no estabelecimento de pontes com outros setores, como a Previdência e o Desenvolvimento Social para suprir necessidades dos usuários. Na emergência, se consegue dar um suporte, mas em longo prazo, não há um envolvimento maior de instituições para assistir aquelas carências relacionadas às dificuldades financeiras, aos problemas com moradia, alimentação, vestuário e transporte para locomover-se até o serviço. Nesse aspecto, deve-se considerar que a assistência possibilitada pela legislação, como as refeições, passagens, atendimento psiquiátrico, a realização de assembleias, e o protagonismo dos usuários, não acontecem no Serviço

pesquisado e não se observou mobilização da equipe para as adequações, e muito menos os pacientes as reivindicam, pois não conhecem os recursos que a legislação lhes assegura.

Quando algum usuário novo ingressa no tratamento, os profissionais comentam sobre as expectativas em relação à adesão, ocorrendo de às vezes não acreditarem que o paciente resistente mantenha o acompanhamento, embora também se surpreendam quando ele acaba dando continuidade e se beneficia do tratamento. Neste sentido, entende-se que para esta equipe o usuário adere quando não desiste e é assíduo ao PTS elaborado.

Os profissionais acreditam na recuperação dos usuários na medida em que estes demonstram estarem envolvidos com o tratamento. A desistência, o abandono e a recaída, embora considerada no percurso do tratamento, fazem com que os profissionais se sintam frustrados após os esforços dispensados.

O CAPS é um serviço recente no município que está buscando romper com os discursos cristalizados em torno do problema do uso de drogas. Desde sua inauguração, houve várias trocas de equipe, restando quatro profissionais do projeto inicial. Estas mudanças trouxeram para a equipe ideias novas e muita vontade de que o serviço melhore cada vez mais. Percebeu-se uma emergente necessidade de entrosamento da equipe no sentido de que esta tenha mais espaço para reflexões conjuntas e que os conhecimentos circulem e não fiquem isolados cada qual com sua especialidade.

A necessidade acima referida também foi observada nas oficinas terapêuticas onde não há relação de troca entre as oficinas e as demais atividades do CAPS. Nos dias de observação sempre havia alguém novo e alguém desistente, tornando a oficina um espaço de rotatividade de pessoas. Quando alguém novo inicia o tratamento é conduzido pelo técnico de referência e apresentado para aicineira, sem explicações sobre o caso. Não se observou em outros momentos, uma conversação entre os profissionais sobre as atividades que o paciente pode desenvolver, remetendo para a falta da reunião de equipe, e nem momento que possibilitassem a participação do usuário na decisão das atividades a serem executadas. É previsto na legislação espaço para reflexões sobre o funcionamento e organização do CAPS, reunindo técnicos, usuários, familiares e convidados, o que não se constatou no serviço pesquisado.

O convívio com outros usuários do CAPS (**categoria 6.3.5**) é facilitado quando se está entre pessoas que passaram por problemas semelhantes, no caso, uso de drogas. Como é um CAPS I são atendidos

todos os sofrimentos psíquicos, porém quem é usuário de drogas não demonstra ter a mesma afinidade com quem buscou o serviço por outros problemas.

Olha, assim, com os rapazes, assim, eu tenho bastante afinidade porque, como eu te falei, é o mesmo problema e as vezes é a mesma droga (P8).

As entrevistas demonstraram que o fato de estarem passando pela mesma situação conforta e a convivência faz com que criem laços entre si. Acontece de os usuários demonstrarem preocupação com os demais, e diante de alguma situação que possa ocorrer com algum participante, por exemplo, o abandono do tratamento, há a mobilização do grupo. Além disso, conviver com pessoas que possuem sofrimento crônico causa comoção despertando no participante vontade de ajudar.

A gente fica mal quando sabe que uma pessoa não vem mais (P6).

Eu não tive nenhuma desavença com nenhum assim sabe, nenhum confronto, nada, sabe, pra mim tá sendo legal, porque não são só pessoas assim que são usuárias de drogas, o CAPS é aberto assim pra outros pacientes também. E uma coisa que eu tenho aprendido bastante também é com os outros pacientes, não os outros usuários, assim por dependência química, mas os outros pacientes, ou é por depressão que tá aqui, aí geralmente eu faço uma brincadeira ali pra colocar aquela pessoa mais pra cima, que às vezes tem gente que chega ali meio pra baixo “não, não fica assim, vamos se animar” (P1).

Por outro lado, durante a observação participante uma das oficinas apresentou dificuldade em administrar uma situação de conflito no grupo, quando um dos participantes, usuário de drogas, se recusou em compartilhar o mesmo espaço com quem sofre de outras patologias, sendo necessário esta profissional chamar a atenção para a convivência e para o respeito das diferenças. A profissional queixou-se de essa ser uma situação que acontece até mesmo entre os próprios usuários de drogas, pois dependendo da substância usada e se algum deles já cometeu algum delito, ocorrem atitudes de preconceito.

As dificuldades encontradas no tratamento do CAPS (**categoria 6.3.6**) podem influenciar para que o usuário abandone o tratamento. Nesta categoria, são abordadas algumas situações que devem ser motivo de atenção para a equipe. Todas as possibilidades de tratamento têm que ser oferecidas e estarem disponíveis aos usuários, pois eles possuem características que devem ser respeitadas. É o caso do P2 que refere ter

muita dificuldade em falar nos atendimentos grupais e por isso acaba não apresentando assiduidade nos encontros.

Só não gosto muito de ir no grupo ali sabe, não gosto de ficar falando muito, eu já só mais na minha, eu já falei até com a (auxiliar técnica), eu converso com ela mais de canto, sabe, se for pra conversar é com ela no particular, pois eu tenho mais dificuldade (P2).

Este mesmo respeito deve-se ter com as preferências do usuário. O serviço pesquisado condiciona o recebimento de consultas individuais à participação nas oficinas terapêuticas, ou seja, o usuário acaba se sentindo obrigado a fazer atividades de que não gosta. Neste sentido há um retrocesso às práticas psiquiátricas em que se buscava a normatização dos pacientes, impedindo iniciativas de reconstrução de sua autonomia. Neste sentido na observação participante notou-se que a participação nas oficinas é compulsória, sendo esta condição para continuar recebendo os benefícios do tratamento, e poder participar de consultas médicas, por exemplo. Observou-se ainda, que o profissional médico exige um período de participação nas oficinas para que o usuário tenha acesso à primeira consulta, ou seja, independente do PTS construído no acolhimento, esse profissional faz interferências, alterando-o sem reflexão com a equipe, remetendo a um modelo centrado no médico.

(...) artesanato eu fazia e não fazia ao mesmo tempo, porque eu não gostava, nunca gostei de artesanato, aí eu participei não tô lembrada de outras atividades assim, mas na real eu fazia aquilo, mas não gostava. Eu só continuei frequentando o CAPS, pela minha terapia individual, que eu achei, desde um dia que eu achei, eu tô no CAPS, e tô fazendo uma coisa que eu não gosto, então a única coisa que eu gosto é ir encontrar com a psicóloga (P3).

Durante as oficinas, é importante o manejo da situação grupal, pois como é uma atividade que permite que os usuários se sintam mais livres, enquanto cada um realiza seu trabalho surgem conversas alheias ao foco da atividade, atrapalhando os participantes. Em relação às oficinas, ocorre de os participantes se sentirem constrangidos quando não dominam uma técnica ensinada. Cabe salientar que mais importante do que a finalidade artística da atividade é a finalidade terapêutica que a oficina dever proporcionar. Outra atitude demonstrada pelo participante é a resistência em participar da oficina quando a proposta não lhe é interessante. Esse é mais um desafio para o CAPS, de tornar este atendimento atrativo para os usuários. Se o serviço proporcionasse

momentos de discussão em equipe para auxiliar na supervisão das atividades, as dificuldades poderiam ser diminuídas.

E eu lembro até o dia que eu comecei, no primeiro dia que eu comecei, a terapeuta ocupacional perguntou pra mim se eu sabia fazer algum artesanato, daí eu meio bravo com a situação, que eu não queria tá frequentando sabe, não fui estúpido, mas falei ‘não sei fazer nada’, e depois que eu comecei, eu comentei com ela do formão, não tinha ainda formão, daí eu comprei, comecei a fazer um trabalho alí, e comecei a gostar, daí já fiz um, tô fazendo um outro, não sei se tu já chegou a ver alí, já fiz um pro pai, um pra mãe e agora tô fazendo um outro, e faço algumas coisas aí (P2).

Só que, às vezes, eu não gosto muito de conversa, daí me vem aquela coisa na cabeça, porque tão conversando, conversando e não consigo fazer as coisas, sabe (P4).

Às vezes é ruim assim, porque eu não tenho domínio, né, da arte (P7).

Uma dificuldade verificada e que merece a atenção para ser repensada pelo CAPS diz respeito à falta de renda dos participantes. Como vimos uma das implicações do uso é o desemprego, porém quando o usuário vive o novo momento resultante do tratamento o emprego é um direito considerado de suma importância para sua reinserção. Segundo do MS (2004b) as oficinas terapêuticas também podem ter o cunho de geração de renda através do aprendizado de uma atividade específica, que tanto pode ser igual como diferente da profissão do usuário. Na falta de uma segurança financeira, o tratamento pode tanto ser realizado com menor frequência, como ser abandonado em favor de uma atividade de trabalho.

Vou ser sincero, eu não abandonei o tratamento no CAPS, porque volta e meia eu venho aqui, só que há necessidade, eu não posso vir todos os dias, até por que eu não tenho convênio, não tenho ganho, preciso comer, me vestir, dar uma ajuda para minha avó, tenho que me virar (P5).

A última categoria deste núcleo temático trata do abandono do tratamento CAPS (**categoria 6.3.7**). O abandono se deu por motivos diferentes começando por aqueles relacionados a situações de recaída e de retorno ao padrão de consumo anterior ao início do tratamento. A recaída está associada com a volta ao mercado de trabalho e, conseqüentemente, com o contato com o dinheiro. Como falou-se na categoria anterior, os participantes acabam optando pelo retorno ao trabalho, devido à importância dada a essa área da vida, antes mesmo de

receberem alta do CAPS. Assim, deparam-se com situações consideradas de risco, que somadas ao fato de não estarem sendo assistidos, levam ao retorno do uso. A busca pelo tratamento se repete diante do agravamento dos danos.

Pra falar bem a verdade era assim: daí eu ia trabalhar, pegava o dinheiro e em vez de eu ir para casa, eu ia usar droga. Daí eu tava alimentando meu vício com meu próprio suor, mas não tinha como, né. Até foi, fiquei uns cinco, seis meses desse jeito, aí cada vez mais magro, sem comer nada, com dificuldade de se alimentar. Eu, quando vi que não dava mais, não dá mais pra mim né, não dá mais pra mim (P10).

É abandonei (...) quando eu decidi trabalhar (P12).

Outra situação que aconteceu no primeiro contato dos participantes com o CAPS foi a não continuidade do tratamento, pois naquele momento não se sentiam motivados para levá-lo à frente. Ter desistido no primeiro encontro também está relacionado com o fato de desconhecerem a modalidade de atenção oferecida pelo CAPS e por terem críticas e atitudes negativas quanto à realização do tratamento. Esse dado é citado no estudo realizado por Surjan, Pillon e Laranjeira (2000), que referem do fato de o usuário não ter gostado do terapeuta ou não querer tomar os medicamentos alguns exemplos de motivos que levam o usuário a não comparecer aos atendimentos após a primeira consulta.

Eu não conhecia né. Deixa eu vê, até o tratamento eu não cheguei a vir para as oficinas, mas devia tomar os remédios. Nem tomei remédio nenhum, não levei muito a sério eu acho, o tratamento (P2).

(...) eu que não queria mais vir pra cá, achava chato, era uma coisa chata, achava ruim, achava um negocio ruim (P11).

O estudo supracitado também refere que o excesso de otimismo em relação a si mesmo, incluindo o fato da pessoa não se considerar dependente da droga, ou de não julgar necessário precisar de ajuda externa, são razões que levam ao abandono do tratamento (Surjan *et al.* 2000).

Abandonei. Achei que eu estava fortalecido, achei que eu não precisava mais, achei que eu era super-homem né, mas o super-homem é derrotado também pela criptonita né, uma pedrinha bem pequenininha, pode ser uma bem pequenininha, colocou na frente do super-homem ele é derrotado, ele perde as forças. Então eu me senti autossuficiente, abandonei as reuniões do

Amor Exigente quando eu tava indo, quando tava, naquele tempo, vindo aqui, tudo direitinho, né (P1).

Mesmo com o apontamento de aspectos desfavoráveis ao tratamento no CAPS, a proposta de atendimento é percebida pelos participantes como aberta, acolhedora e favorece o convívio dos usuários com os familiares e a comunidade. Já na observação participante, verificou-se a presença de outros fatores, como a falta de reunião de equipe, o que deve ser revisto, pois prejudica a problematização da evolução do tratamento dos diferentes usuários que acessam esse serviço. Também merecem atenção questões que dizem respeito ao próprio funcionamento da instituição, como por exemplo, o fato de ser um serviço que ainda não se adequou ao atendimento em tempo integral, e nem promove espaço para a discussão sobre a operacionalização desta assistência que deve ser prestada.

6.4 Manutenção do comportamento adquirido

Neste núcleo são apresentadas mudanças de comportamento feitas em decorrência do tratamento recebido no CAPS, como a abstinência do uso de crack. Conforme as categorias apresentadas na tabela 09 os participantes utilizaram algumas estratégias para obter essa mudança dentre elas o uso de medicação. Algumas relações interferiram positivamente ou negativamente neste processo, como as familiares e as de amizade. Mesmo com a mudança, é possível que ocorram recaídas ao longo do período de abstinência.

Tabela 09: Núcleo temático “manutenção do comportamento adquirido” e categorias correspondentes

Núcleo Temático	Categorias
6.4 Manutenção do comportamento adquirido	6.4.1 Estratégias para a manutenção da abstinência 6.4.2 Relação com o uso da medicação 6.4.3 Dificuldades da relação da família com o tratamento 6.4.4 Relação de apoio da família com o tratamento 6.4.5 Amizades 6.4.6 Recaídas no uso do crack 6.4.7 Tempo máximo sem crack

As estratégias para a manutenção da abstinência (**categoria 6.4.1**) estão estreitamente relacionadas com a filosofia dos 12 passos e das 12 tradições do AA e do NA aprendidas durante o período de internação e aplicadas no cotidiano de vida dos participantes, neste novo momento proporcionado pela mudança. Assim, constata-se que a abstinência é uma meta aprendida na internação e objetivada no tratamento realizado no CAPS. Nas falas apareceram expressões como “só por hoje” e “evitar o primeiro gole” que são exemplos dos preceitos utilizados nesses programas, que consideram não só o parar de usar a droga, mas também a necessidade de a pessoa ter que aprender a viver bem sem a droga.

Vou ser sincero pra ti, vontade de usar drogas eu tenho, só que eu sei que não posso mais. Dizer não e evitar de usar a primeira dose. Usou a primeira desandou a recuperação. Vai tudo por água abaixo, perde tudo o que conquistou durante um ano, dois, três, até dez anos, já era. Perde a confiança da família, a confiança de todo mundo, fica mal visto (P5).

(...) só por hoje eu tô ótima (P6).

As estratégias utilizadas pelos participantes relacionam-se com aquelas recomendadas pelo programa de prevenção à recaída. Marlatt, percussor desse programa, afirma que a prevenção de recaída ensina a pessoa que quer mudar seu comportamento a prever e lidar com ela. É um programa de autocontrole que combina o treinamento de habilidades comportamentais, intervenções cognitivas e de mudança no estilo de vida (Marlatt, 1993). Assim, a responsabilidade pela mudança do comportamento é do indivíduo, o qual deve gerenciar situações de risco, estados emocionais e de estresse que possam vir a interromper a abstinência.

Eu tô correndo de ruas, de ruas onde eu sei que vai ter pessoas que podem tá usando ou pessoas que eram conhecidas de antes. Eu tô fazendo um novo trajeto né (P1).

(...) e agora eu tô fazendo certo, (...) ao invés de ir em algum lugar que eu ia na ativa, eu vou pra casa brincar com a minha sobrinha (P2).

Só que dinheiro, eu não posso pegar dinheiro na mão. Se eu vejo que eu tenho dinheiro, já me dá aquela coisa (P4).

Esse gerenciamento fica muito mais difícil para os participantes usuários de múltiplas drogas. Alguns participantes relatam que em situações de recaída, a iniciava com outras drogas, como o álcool, que acabava sendo um disparador para o uso de crack. Conviver com uma droga lícita, acessível e associada com rituais da sociedade traz

lembranças do tempo que o participante usava a substância, demonstrando o quanto é difícil a mudança de estilo de vida.

(...) a bebida que tá sendo difícil para mim, a droga volta e meia dá vontade também, mas eu acho mais difícil a bebida. Qualquer lugar tem bebida né, tu passa no mercado já se lembra, tu pensa como era bom quando tu ficava sentado tomando uma cerveja (P2).

Com a interrupção do uso do crack uma nova rotina diária se cria e novos hábitos são incorporados em substituição àquela vivida anteriormente. Uma estratégia utilizada é mudar o foco, ou seja, se o usuário sentir fissura, ele concentra a atenção em outra atividade de seu interesse, como ler em casa. Outra habilidade a ser desenvolvida é aprender a expressar os sentimentos num momento de dificuldade. Essa habilidade não deve se restringir aos atendimentos terapêuticos, mas acontecer no dia a dia dos usuários, utilizando os recursos que se têm disponíveis, como a própria família.

E hoje, apesar desse pouco tempo, faz apenas um mês aí novamente que eu estou tendo um tempo de vida, tô começando a renascer de novo, eu sei que tá muito breve ainda, que tá muito pouco ainda, sei que pode ser que ainda, aliás que a droga ainda esteja fazendo efeito no meu organismo né, mas vou ser sincero assim, senti falta dela algumas vezes, mas me fortaleci pegando e lendo um livro, entretendo a minha cabeça e buscando em casa, meu alicerce está em casa, sendo que eu achava que meu alicerce estava sempre nas pessoas de fora, dos outros de fora, sendo que a minha maior ajuda tá em casa e eu nunca dei o valor antes, né (P1).

Durante a manutenção, o usuário precisa realizar um planejamento de vida, que inclui a reinserção social e que dará sentido à sua vida nesta nova fase. Uma atividade incorporada nesse planejamento diz respeito a manter-se em acompanhamento em algum tipo de grupo, pois isso parece ser um apoio para a estabilidade da mudança. A não participação em algum programa está associada a sentimentos de insegurança e de risco para recaídas. O grupo de manutenção não precisa estar vinculado ao CAPS, pois o projeto terapêutico elaborado e reavaliado durante o tratamento prevê que, com a evolução do atendimento, o usuário receba alta, já que se espera que não sejam necessários cuidados intensivos e regulares, podendo ele mesmo participar dos grupos de manutenção disponíveis na comunidade em que vive.

(...) agora eu coloquei como meta pra mim, seguir o tratamento, seguir eternamente. Não adianta, eu coloquei essa meta. Pra eu me manter em pé eu vou ter que seguir o tratamento à risca. Assim como eu dava meus pulos antes pra usar droga, porque eu não vou achar um tempinho, alguma coisa, pra eu ir numa reunião, pra eu vir aqui pro CAPS depois que começar a voltar a rotina, sabe. Então é isso aí que eu tô tratando pra mim. Eu coloquei essa meta pra mim, pra não abandonar mais, não voltar a repetir o mesmo erro de sempre, como eu sempre fiz né. Só por hoje essa tá sendo a minha meta (P1).

(...) a dificuldade é manter o programa entendeu né, tu tá bem e de repente tu para, dá aquela relaxada sabe. Isso aí tu cansa de ouvir, que não existe tempo né, tem gente que recai com vinte anos, porque acha que já tá curado né. Não existe cura, não existe uma receita assim, cada um tem que achar o como se libertar né, eu sei que é possível, por isso que eu não desisto (P8).

Por fim, preencher o cotidiano com várias atividades de trabalho, estudo ou religião, auxilia para que o usuário se sinta ocupado, o que evita sentir a falta da droga. Destaca-se a importância em comprometer-se com algum programa religioso, que representa uma forma de manter-se longe do caminho das drogas. Além disso, as ocupações que foram incluídas na rotina dos participantes são exemplos de atividades que promovem a reinserção social, a qual causa sentimentos de bem-estar, satisfação e valorização e proporciona novos prazeres, que não os decorrentes do uso da droga.

(...) eu botei pra mim que é 100% espiritual. Aí na terça-feira tem o grupo de oração da Igreja, quarta tem o grupo de apoio, quinta estudo bíblico, sexta-feira, acho que vai começar de novo o grupo de casais, sábado tem o grupo de jovens, domingo tem o culto, então é programa direto (P8).

Tô envolvida com outras atividades, com o meu trabalho, com os meus estudos né, isso me fortalece pra tipo assim, um novo dia pra mim assim, é sempre novo, novas coisas que vão acontecendo, sinto curiosidades nos meus estudos (P3).

(...) mas eu tento participar de tudo. É bom, que nem preenche aquele vazio né (P7).

Fazer uso de medicação (**categoria 6.4.2**) como uma estratégia para a manutenção é uma prática que acompanha o tratamento dos participantes. O tratamento medicamentoso é considerado por Alves, Ribeiro e Lemos (2012) necessário para tornar um tratamento eficaz e

deve ser usado para tentar controlar a dependência e as comorbidades psiquiátricas frequentes nos usuários de drogas. Mesmo assim, os autores recomendam que no caso do crack se associem outras abordagens terapêuticas, sendo o tratamento multidisciplinar a melhor forma de intervenção. Já Melotto (2006) entende o uso de medicação como um suporte importante e necessário em alguns casos, porém chama a atenção para a concepção que tal prática pode induzir. Para a autora, ao considerar o uso de droga uma doença, concebe-se que a pessoa deve ser tratada com remédios, assim como qualquer outra pessoa doente, remetendo ao enfoque médico e psiquiátrico que deve ser superado com modelo atual de atenção.

Para os participantes, o uso da medicação é necessário para controlar a fissura, manter o equilíbrio emocional e evitar recaídas. Apesar de sentirem-se mais calmos, o uso da medicação não evita que a vontade seja despertada quando os usuários se deparam com alguma situação de risco, o que demonstra a importância do trabalho terapêutico.

Sete, oito meses sem nenhuma recaída. Só com o tratamento e a medicação que eu tomo. Tomo risperidona, paroxetina, depakene e diazepam. Me ajuda, me deixa calmo (P10).

Tô tomando o depakene, e ele é de 12 em 12h, e às 10h da noite eu tô tomando ele, e eu tô tomando outro que é pra eu dormir, o diazepam, que esse é pra eu dormir, que antes eu tava me sentindo meio ruim pra dormir e daí foi que o médico me receitou. Os medicamentos têm me ajudado, sabe, antes a minha voltagem tava lá em 380 em 480 volts, vamos supor, agora a minha voltagem já tá em 110 (P1).

Retomar a rotina, depois de um período em que a vida se caracterizou por ser desregrada exige adaptações, como conciliar o sono. Assim, a medicação também é utilizada e condicionada para essa finalidade. Deve-se estar atento para que o uso da medicação seja acompanhado pelo médico do CAPS, através de avaliações regulares. O que se observa é que muitas vezes o usuário apenas renova a receita, buscando a própria rede de saúde para isso, sem que haja uma consulta para avaliar se ainda há necessidade de continuar o tratamento. Além disso, no trabalho terapêutico deve-se refletir sobre as expectativas depositadas no uso da medicação, pois parece que ficar sem ela torna muito mais difícil manter o controle sobre a mudança.

É, eu de noite não saio né, eu fico assistindo TV, a única coisa que tem, e depois eu vou dormir. Eu tô com um pouco de dificuldade pra dormir, mas até não sei, já pedi pro médico um

remédio pra dormir, porque eu tava trocando o dia pela noite sabe, não dormia sabe, eu ficava me batendo na cama e não dormia, mas agora eu tô conseguindo voltar ao normal né (P2).

A participação ativa da família no tratamento é um alicerce essencial para o sucesso da terapêutica. Porém, os participantes referem a ocorrência de dificuldades da relação da família com o tratamento (**categoria 6.4.3**) que podem influenciar negativamente na manutenção do tratamento e das mudanças de comportamento realizadas. No CAPS em questão, semanalmente acontece o grupo de orientação e apoio aos familiares de usuários de drogas, coordenado pela psicóloga e pela assistente social, com um número de participantes que varia de 15 a 20 pessoas. Alguns dos familiares frequentam por interesse próprio e outros buscam um atestado de comprovação de frequência, documento necessário para realização de visita na Comunidade Terapêutica.

De acordo com Esposito (2006), a coparticipação da família no tratamento por uso de drogas, mostra-se mais efetiva e torna a ação terapêutica mais eficaz. Uma das atividades oferecidas pelo CAPS é o atendimento aos familiares, seja através do grupo, ou de visitas domiciliares, no entanto os participantes reclamam a pouca participação da família nessa atividade, bem como a falta de interesse sobre o andamento do tratamento. Sentimentos de desamparo são relatados pelos participantes.

Então em relação a eles, eu falo daqui da minha família agora, são só nós quatro aqui, eu sei que eles deviam tá participando um pouco mais, a minha irmã prometeu até de vir, segunda-feira, até na reunião de familiar, até porque eu cobrei dela sabe, e eu queria que algum deles pegasse e me acompanhasse (P1).

Eles não participam muito, sabe, nessa parte eu já me sinto sozinha, nessa parte eles não vêm, eles não vêm em grupo né, que nem tem o grupo da família, eles não vêm. Eles não vêm aqui saber, assim, como é que tá a minha vida, como é que eu tô indo, se eu tô evoluindo, daí dá uma angústia sabe, que tu não tem nem um filho, nem um filho dos mais velhos que vem dizer, ‘como é que tá a minha mãe, como é que ela tá evoluindo, como é que ela tá?’, assim sabe, isso dói muito, dói dentro da gente (P6).

Segundo Esposito (2006), a família tanto pode contribuir para a mudança como para a manutenção do uso de substâncias psicoativas e, por essa razão, ela deve ser incluída no tratamento. É nesse espaço que os comportamentos que perpetuam o abuso de substâncias e as interações familiares serão trabalhados. Melotto (2009) afirma que o uso

de drogas resulta em perdas relacionadas aos vínculos familiares. Como exemplo, a autora cita a dificuldade de dormir e cumprir horários, a qual repercute no convívio familiar, pois as alterações no sono e nos horários de dormir leva o usuário a conviver cada vez menos com a família. O fato de a família não estar sendo assistida, somado à falta de informação sobre as possibilidades de tratamento e as dificuldades de convivência, podem levá-la a buscar intervenções que nem sempre são as mais adequadas tais como a internação.

Olha a minha família, tipo assim, na época, que eu tava numa situação muito difícil, né, a participação que eu sinto que eu tive deles é que eles queriam me internar. Apenas uma internação resolveria tudo (P3).

Os profissionais queixam-se sobre a busca do familiar pelo serviço ser comum quando os problemas decorrentes do uso levam ao esgotamento da família, a qual demonstra querer desistir dos cuidados. Alguns familiares continuam mantendo contato com a instituição após o início do tratamento, mas a maioria, quando o usuário apresenta uma melhora, deixam de participar. Observou-se que a família responsabiliza o Serviço de Saúde pelos cuidados com o usuário, posicionando-se no sentido de que o usuário se trate, porém, ela mesma não se envolve com isso.

Durante o período de observação, chegaram ao serviço em torno de 10 processos judiciais, que solicitavam informações sobre pacientes que estavam em acompanhamento no serviço e intervenções para pessoas que encontravam-se com problemas de álcool e drogas. Numa situação o CAPS cumpriu uma dessas medidas em que foi disponibilizada força policial para acompanhar a equipe de enfermagem na busca do usuário em sua residência e realizar sua condução até o CAPS para avaliação e, se necessário, encaminhamento para internação em clínica especializada. Esse procedimento aconteceu sem que o usuário tivesse sido informado pela família. Isso demonstra as dificuldades da família em enfrentar esse problema, tirando o usuário do convívio através da internação. Pode-se entender também que essa prática seja uma forma de penalizar o usuário após sucessivas recaídas.

A dificuldade de convívio decorrente do uso do crack, as situações de conflito familiar e as frustradas tentativas de ajudar o usuário podem produzir sentimentos de sobrecarga, de desgaste e até de raiva, que refletem no relacionamento com a família. Assim, ocorre que ao invés de o participante perceber na família uma fonte de apoio social, ele passa a vê-la como um estímulo para desmotivar o tratamento.

A minha avó que tem oitenta e poucos anos se interessa, os outros não tão nem aí se me verem lá na lama. Ainda não ajudam, vão lá e empurram (P5).

Ah, meu pai me cobrando, que eu era um vagabundo, que eu não valia nada, bah!, em vez de eu ir procurar uma ajuda eu ia me afundando mais (P10).

O contexto de vida do participante na época em que usava o crack, os cuidados já dispensados e a repetição do padrão de consumo após várias tentativas para cessar o uso, como aconteceu com o P1, leva a família a desacreditar que a vida do participante possa ser diferente e melhor, acarretando a perda do desejo de ajudar. Para Souza *et al.* (2006) alguns vínculos familiares são rompidos ou se encontram fragilizados devido ao descrédito frente às recorrentes recaídas e, por isso, acabam sendo permeados pela ambiguidade e estresse.

Em relação a minha família com meu tratamento tá fraca, por causa dos meus erros do passado também, por eles terem confiado tanto em mim, ter acreditado tanto em mim, e eu ir lá e só manipular eles e mentir pra eles e dali um pouco retornar o mesmo erro de sempre (...) acho que eles estão esperando primeiro o resultado né, por causa que falar eu já falei muito, e fiz muito pouco (P1).

A relação de apoio da família com o tratamento (**categoria 6.4.4**) apresenta-se através de diferentes ações. Inicialmente, demonstra-se que as perdas de vínculos familiares ocorridas durante a fase de uso do crack são resgatadas durante o tratamento, e o convívio é reestabelecido. Destarte, percebe-se que, dentre os objetivos da reabilitação psicossocial preconizada pelo modelo de atenção proposto pelo CAPS, a reinserção social é alcançada no caso do P1. As mudanças no seu estilo de vida repercutiram para a melhora do relacionamento familiar.

Eu sinto assim, que a minha mãe tá mais presente, minhas irmãs também, eu não sei se é eu que tô vendo eles de forma diferente, ou se eles realmente mudaram em relação a mim. Eu sinto que há uma diferença, tipo assim, um me liga, outro liga, até a minha irmã que mora em (nome da cidade) liga para ver como é que eu estou. Eu sinto assim, que me procuram mais, também pelo fato de eu estar bem também, não sei se eles cansaram de mim na época, que até de certa forma alguns desistiram de me ajudar né. Então hoje eu vejo isso de forma diferente (P3).

A participação dos familiares no grupo realizado no CAPS é percebida pelos participantes como atitude de interesse e colaboração com o processo de tratamento. As intervenções familiares podem ocorrer por meio de atividades terapêuticas e didáticas e buscam a participação mais ativa da família no tratamento dos usuários. A família é considerada base do tratamento, fonte de recursos e importante rede de apoio, seja para a aderência ao tratamento, para a manutenção da abstinência ou para a reinserção social (Esposito, 2006). Para Acosta (2009), é importante haver o compromisso da família e dos amigos com o processo de tratamento de pessoas com problemas com drogas.

A mãe, a mãe vem sempre na segunda, de quinze em quinze dias ela vem (P2).

Eles vem nas segundas-feiras, tem né, meus pais, espero que eles estejam gostando né (P7).

Os participantes referem que a família também está implicada no processo de tratamento e se utiliza de estratégias aprendidas em grupos para identificar uma situação de risco no dia a dia de convívio com o usuário. Com relação ao (P9) a vigilância que sua família tem realizado para que se mantenha o comportamento abstinente não o incomoda, e ele se sente protegido. Esse tipo de relação projeta num terceiro a condição de se manter bem, podendo levar à desresponsabilização do participante para com seu próprio tratamento.

É toda, 24 horas vigiado a minha mãe me vigiando, a minha namorada sempre me vigiando, me ajudando, às vezes eu não tô legal, eu chego e falo que não tô legal, tô meio nervoso. A mãe esses dias tava me perguntando se eu não queria usar, aí eu perguntei por que, ‘não, porque você tá muito caminhando de um lado para o outro, tá muito nervosinho’, ‘não, não tô com vontade, mas tô meio estranho, vou tomar alguma coisa, depois vou tomar um banho’. Se eu não tivesse feito aquilo de repente eu teria manipulado ela dizendo que eu tava com vontade de dar uma volta e ter ido lá usar, mas não, não fiz isso, sou vigiado 24 horas dentro da minha casa, bem bom isso, minha mãe já frequentou o Amor Exigente, o que mais, todos esses grupos pra me ajudar. Tendo a minha família comigo tá 100 por cento (P9).

Essa participação não foi confirmada na observação participante. Percebeu-se que os profissionais queixam-se de que a família deseja que o usuário realize o tratamento, mas ela mesma não se responsabiliza e não se envolve no processo, ou acaba se afastando quando percebe melhoras. A desistência da continuidade dos cuidados está relacionada ao desgaste decorrente do convívio com o usuário e as

sucessivas recaídas, fazendo com que a família delegue os cuidados para o serviço de saúde.

Na manutenção da abstinência, um aspecto importante diz respeito às amizades (**categoria 6.4.5**). Os participantes relatam que precisaram se afastar do círculo de amigos, para manter a mudança. Esse comportamento também foi verificado no estudo realizado por Souza *et al.* (2006), e está relacionado com tratamentos que visam à abstinência do uso de drogas. Para os autores, esses indivíduos têm dificuldades para estabelecer novos vínculos e as atividades de lazer encontram-se comprometidas, já que eles acabam evitando frequentar lugares que representem riscos. Portanto, assim como evitar o contato com amigos usuários pode facilitar a manutenção, a falta de suporte dessa rede de apoio pode influenciar negativamente o tratamento no sentido da reinserção social. A dificuldade de reconstruir essas relações está presente nos resultados do mapa de redes. Os usuários procuram se isolar das amizades que possuíam quando maninham o uso do crack e, por isso, acabam incluindo pessoas do convívio comunitário e do serviço de saúde, dentro dessa configuração.

Amigos mesmo eu só tinha aqueles do uso. Então eu me isolei totalmente (P1).

Os meus amigos são todos usuários né, daí eu não tenho mesmo amigos né (P2).

Amigo mesmo, eu não tenho, amigo mesmo é Deus (P5).

(...) eu só tinha quando tinha droga (P6).

Não, não tô procurando amigos (P7).

Tem, claro tem aqueles amigos que eram da ativa que eu nem falo mais, que eu excluí (P9).

Amigo eu tenho muito pouco amigo, amigo que não bebe, que não usa drogas, muito pouco (P10).

Eu não tenho amigo, então eu não tenho o que dizer né, por enquanto não tenho amigo (P11).

Diante da falta do círculo de amigos, a participação em instituições como o CAPS ou em alguma entidade religiosa acaba auxiliando na construção de novos vínculos. Além disso, essas instituições oferecem apoio, ajuda e contatos sociais realizando e suprindo funções que estão ausentes nessa rede social.

De amigo tem que no caso eu conheci aqui, no caso é o (nome), que ele participa aqui, né (P12).

(...) os contatos que eu tenho é mais na igreja (P8).

As recaídas no uso do crack (**categoria 6.4.6**) são esperadas durante o tratamento realizado no CAPS, conforme se observou, e

podem acontecer independente da modalidade de tratamento realizada. Como já foi visto, a abordagem realizada em comunidades terapêuticas visa à abstinência como resultado, mas não garante que esse padrão continue após a alta. Melotto (2009) identificou em seu estudo que a ajuda fornecida na internação em comunidade terapêutica é momentânea, pois logo após a alta é comum o retorno ao uso do crack.

Foi aquela vez que eu fiz tratamento lá no (nome CT), fiquei os 9 meses. Eu saí de lá e fiquei o quê, 2 meses e meio limpo, depois tudo começou através do álcool, da maconha, quando vi eu já tava fumando pedra de novo. Isso foi questão de 5 meses (P1).

Quando o usuário atinge uma mudança em relação ao comportamento, e consegue manter-se em abstinência, ele deve estar ciente da possibilidade de a recaída ocorrer. Para alguns participantes, a recaída tem um forte impacto, pois sua ocorrência está relacionada “aos defeitos de caráter”, concepção que para alguns está enraizada, e decorre do modelo que considera o uso de drogas como uma doença.

Sei que meu avô faleceu, não tive habilidade para lidar com a situação. Sei que nada justifica a morte dele para meu defeito de caráter. Eu tava trabalhando em uma empresa, que é o (nome da empresa), e na mesma noite o cara me deu o cheque com o nome errado, mas mesmo assim fui lá, peguei o cheque, entreguei, ele falou que poderia trocar, então na mesma noite peguei o cheque e recaí. Saí com uma mulher, não usei com ela, mas depois que eu saí com ela eu usei. Eu sei, foram meus defeitos de caráter (P5).

A ocorrência de uma recaída pode levar o usuário ao retorno dos padrões de uso. A pessoa novamente se depara com as perdas e novamente recomeça o tratamento. Portanto, assim como se pode perceber na fala do (P8), que não existe prazo que assegure que a pessoa está recuperada, também existem usuários que não planejam manter-se abstinentes, e nem por isso deixam de ser passíveis de receber tratamento.

(...) a minha última recaída que eu tive, eu tava um ano e sete meses bem, e acho que foi um pouco de euforia, por excesso de confiança, de achar que eu tava bem, tava com o dinheiro no bolso, carro, tava vivendo uma vida normal sabe, e aconteceu né. Eu não tava pronto e foi tudo de novo (P8).

Quando um serviço assume como meta a abstinência, corre o risco de excluir uma parcela de usuários que não compartilham desse mesmo objetivo. Como afirma Acosta (2009), um elemento

questionável com relação à falta de motivação para o tratamento refere-se à abstinência enquanto objetivo e condição para tratar-se. Portanto, ao invés de adotar a perspectiva da cessação do consumo, deve-se objetivar a redução do dano associado ao uso. Para Melotto (2009) a redução de danos tira a centralidade da abstinência, ampliando a visão das possibilidades de cuidados e de saúde para além dessa questão. O CAPS, enquanto espaço de saúde, deve estar aberto para as várias possibilidades de tratamento. Na observação participante não se verificou a realização de reflexões sobre os objetivos de tratamento oferecido pelo CAPS, e portanto, não se constatou se o grupo está coeso sobre essa meta.

A última categoria deste núcleo temático, dando seguimento à linha de pensamento anterior, refere-se ao tempo máximo sem crack (**categoria 6.4.7**). Dos usuários que participaram da pesquisa, somente P7 e P11 não apresentaram recaídas desde que iniciaram o acompanhamento no CAPS. Os demais, mesmo tendo voltado ao uso de crack, mantiveram o acompanhamento e também, por alguns períodos, conseguiram atingir padrões de abstinência.

Eu tô abstinente, faz mais ou menos um ano e meio, é faz mais ou menos isso aí (P3).

No período de 2011 fiquei 9 meses sem uso (P12).

Os participantes demonstram estar envolvidos com uma proposta de mudança para suas vidas, porém o CAPS deve cumprir suas funções de assistência, independente do desejo do usuário de cessar ou não o uso, tomando cuidado para não deixar de se constituir como um serviço aberto e promotor da autonomia de seus usuários.

6.5 Adesão ao Tratamento

Neste núcleo serão apresentados os principais elementos relacionados com a adesão ao tratamento dos participantes deste estudo e que estão categorizados conforme tabela 10. Apesar disso, não se pode desconsiderar toda a história referida pelos participantes e discutida nos núcleos anteriores que também influenciarão na adesão ou não do usuário.

Tabela 10: Núcleo temático “adesão ao tratamento” e categorias correspondentes

Núcleo Temático	Categorias
5. Adesão ao tratamento	5.1 Mudanças na vida depois do tratamento 5.2 Contexto de vida atual 5.3 Perspectivas de futuro 5.4 Servir de exemplo para ajudar pessoas a não usarem o crack

Ao longo deste estudo, muito se falou dos danos associados ao consumo do crack, e não tem como não se remeter a eles quando se reflete sobre as mudanças na vida depois do tratamento (**categoria 6.5.1**). Com a interrupção do uso, os danos também tendem a reduzir, sendo perceptíveis mudanças no âmbito físico, financeiro, psicológico, nas relações sociais e no estilo de vida.

Sendo assim, aqueles danos de ordem física que eram difíceis de serem disfarçados, são os primeiros a serem percebidos como melhores pelas outras pessoas do convívio e pelos próprios participantes.

Percebi primeiro a minha aparência física, eu tenho cuidado mais de mim, tenho andado com roupas limpas, que eu mesmo lavo, mas tudo bem, tô fazendo a barba mais continuamente, tô dando mais valor pra mim, né (P1).

Notei que eu engordei mais, como mais também, comer eu como bastante, tomo café. A mãe adora me ver assim, comendo. Engordei mais, porque tô com 63,5 KG, aí tô me sentindo mais gorda sabe, porque se eu estivesse fumando, eu tava que era um risco, né, que daí eu não como, eu só quero é fumar e fumar, e aquilo lá é uma coisa que não dá apetite pra comida, nem de meio-dia nem de noite (P4).

Tô mais gordinha, tô mais encorpada, tô mais vaidosa comigo me cuidando mais, me valorizando (P11).

A mudança em relação à situação financeira, que passa a ser destinada para outros interesses que não a compra da crack e o cuidado com os bens materiais, os quais eram vendidos ou trocados pela droga são modificações consideradas importantes para os participantes. Além disso, há a volta de práticas de trabalho, que mesmo informais, resgatam a identidade dos participantes. A recuperação do trabalho e do modo de vida que ele possibilita é um dos principais motivos apontados para parar o uso do crack, segundo o estudo realizado por Melotto (2009).

(...) e em matéria de dinheiro também comprando as minhas coisas né, se fosse na época do uso, eu não ia conseguir comprar pro meu piá né, eu até comprei um vídeogame, um play station, que ele queria né, paguei mil e pouco, isso aí, umas coisas que eu adquiri, acho que se eu tivesse no uso não ia ter conseguido comprar né, financeiramente que eu digo né (P2).

(...) tô adquirindo de novo, minha roupa, eu andava sem roupa, eu andava vendendo minhas roupas. Vendia tudo, mas graças a Deus agora eu tenho bastante, e ganho mais ainda. E a comida que eu tinha em casa, também botava fora, mas agora não boto mais nada fora, nada, nem dinheiro, nem nada (P4).

Em relação ao convívio familiar, o reestabelecimento da confiança foi identificado pelos participantes como um dos aspectos mais importantes. Como aconteceu de alguns usuários furtarem pertences da própria família na época em que usavam o crack, para se proteger e impedir a repetição desses comportamentos, a família estabeleceu algumas regras, como evitar o acesso do usuário em alguns cômodos da casa, ou não permitir que o usuário tivesse acesso a casa sozinho. Esses controles se modificam diante dos resultados do tratamento. Em termos de reinserção social, verificou-se que a convivência que era cada vez menos frequente volta a receber investimento dos familiares, e o usuário passa a se sentir incluído e pertencente a essa rede.

Até em relação aos motivos da confiança, eu ganhei mais um votinho de confiança, eu ganhei a chave de casa novamente, que eu não tinha mais, então já dei um pequeno passo né (P1).

Bah! meu irmão não falava mais comigo, e esses dias ele me convidou pra eu ir junto assistir o jogo do Grêmio, pelo menos eu fui lá com meu irmão. Daí é tão legal assim, a minha vida tá tão boa, não posso reclamar da minha vida, tá muito boa, se melhorar estraga (P9).

Ser acolhido pelo CAPS teve tanta importância para a participante P6, que esse Serviço acabou sendo operante para os outros vínculos estabelecidos. Quando se desloca a centralidade da intervenção da doença para a pessoa, o indivíduo se sente valorizado e passa, como refere Babinski e Hirdes (2004), a reconstruir sua vida.

Tive, nossa, tive bastante mudança. Assim o meu gênio sabe mudou, o jeito de eu tratar as minhas filhas mudou, sabe, hoje eu tô mais carinhosa com elas, eu aprendi assim sabe, o carinho que eu recebo aqui das meninas, o abraço que eu recebo aqui no CAPS eu dou pra minhas meninas, que antes eu não fazia, eu

não fazia porque eu não recebia também, eu não sabia o quê que era isso, entende? (P6).

Ao realizar a mudança, os participantes se defrontam com um novo estilo de vida, que pode ser compensatório quando se avaliam os ganhos e as conquistas que se tem, e também de superação, quando buscam a eliminação do estigma que carregam. Para Babinski e Hirdes (2004), a reabilitação psicossocial é um processo de transformação, de reconstrução, de reinserção, de mudança, que visa à devolução da identidade e cidadania do portador de sofrimento psíquico.

Olha, hoje eu me sinto, pelo fato de ter mudado meu estilo de vida, eu me sinto um pouco diferente, eu, tipo assim, a conversa já é outra, pelo fato de eu estar estudando, fazendo (nome curso), então hoje eu já me posiciono mais como uma profissional e não como uma drogada (P3).

Que tá tudo dando certo enquanto eu não tô usando droga. Enquanto eu tava usando droga, andava sendo perseguido por polícia, por traficante, e assim por diante, andava de cabeça baixa, hoje em dia ando de cabeça erguida, posso deitar no travesseiro e acordar, dizer “mais um dia, vamos trabalhar”(P5).

Nesse processo de resgate da identidade e da autonomia, percebe-se os participantes mais interessados e comprometidos com o tratamento e com suas próprias histórias de vida. Assim, o contexto de vida atual (**categoria 6.5.2**) é permeado por práticas que reforçam este novo momento, e que vão além do que é realizado no CAPS. Como refere o MS (2004b), cabe ao CAPS acolher o portador de sofrimento psíquico, estimular sua integração familiar e social, apoiar as iniciativas de busca de autonomia e integrá-lo a um ambiente social e cultural no território em que desenvolve sua vida cotidiana. Ao atingir esses objetivos, pode-se dizer que o participante aderiu ao tratamento e se beneficiou dele.

A minha rotina tá bem puxada, tá bem boa mesmo, eu trabalho, estudo, meu filho, minha casa, eu não tenho tempo pra pensar em outras coisas, o tempo que eu não tô com o meu filho eu tô estudando, quando eu não tô estudando eu tô limpando a casa, que não é o meu forte né, mas eu tenho que fazer né. Ah! É muito cheio de tarefas assim, tipo assim, eu não tenho tempo pra pensar em droga em bebida, eu não tenho tempo pra isso, inclusive hoje né, fui convidada a dar esse depoimento aqui, pra mim tá sendo muito bom né, deixa a gente com um astral mais legal, mas eu tô concentrada aqui, mas a partir do momento que eu sair daqui, eu vou pegar o urbano ali, e vou pra minha casa,

que daqui a pouco eu tenho aula, então assim, as coisas vão acontecendo assim, coisas boas geram coisas boas, tipo assim esse momento aqui pra mim tá sendo bom, claro que tá sendo bom. Agora eu vou sair daqui, eu vou pra casa e daqui a pouco eu vou pra aula, que também é uma coisa boa que eu gosto muito (P3).

Minha rotina é trabalho, eu mesmo lavo minhas roupas, (...) vou para o trabalho na parte da manhã, volto, almoço na casa da avó, vou na Igreja, venho aqui no CAPS, no grupo de apoio para desabafar, compartilhar (P5).

A terceira categoria deste núcleo trata das perspectivas de futuro, que são muitas. Um dos planejamentos diz respeito à continuidade do comportamento adquirido, ou seja, da abstinência do crack, que é considerada a maior dificuldade. Voltar ao uso representa a possibilidade de repetir a experiência de passar por modalidades de tratamento traumáticas. Mesmo com a passagem pelo CAPS que é uma proposta diferente de atenção, a internação ainda é temida.

Eu (...) espero assim pela minha boa vontade de viver, pelo ritmo que eu tô levando de vida hoje, outro estilo de vida, eu não penso em recair, nem entrar numa clínica novamente. (...) Uma das principais coisas, é que a gente sempre tem que estar relutando por ela né, que é se manter abstinente, é o mais difícil (P3).

Outros planejamentos referem-se ao desejo de construir família, de obter bens materiais, de estudar e se profissionalizar, os quais também são projetos comuns de outras pessoas que não passaram pelo uso de drogas. Como os participantes, por um tempo de suas vidas, estiveram envolvidos com o uso de drogas, demonstram agora querer recuperar esse tempo, sem muita espera, através da concretização desses objetivos. A reabilitação psicossocial é um processo dinâmico, que pode ser construído e reconstruído quantas vezes forem necessárias, até que se encontre com o objetivo maior que é a participação do sujeito no seu tratamento e na sua reabilitação, resultando no protagonismo de sua própria história (Babinski & Hirdes, 2004).

Um futuro melhor, adquirir minha casa, carro próprio, construir uma família (...) (P5).

Eu quero ser médica, eu tô estudando, quero evoluir mais pra eu estudar medicina (P11).

Os participantes esperam ainda poder retribuir os familiares pelos cuidados dispensados durante todo o tempo de uso da droga.

(...) quero ajudar muito minha mãe, o que ela fez por mim, não conheço nenhuma mãe que faça, quero poder cuidar dela, retribuir o que ela fez por mim (P9).

Os participantes esperam servir de exemplo para ajudar pessoas a não usarem o crack (**categoria 6.5.4**). Pessoas que sofrem por problemas decorrentes do uso de drogas, podem se sentir motivadas a buscar um tratamento se conhecerem a história dos participantes e verem os resultados que eles alcançaram.

Eu acredito que com o meu exemplo, alguém ali fora se sintam “não, se aquela pessoa pôde, eu também consigo”, que alguém se espelhe um dia em mim, né, assim com eu uso alguém de espelho eu quero ter o maior prazer de alguém chegar e “oh!, hoje você é meu espelho, porque por tudo que tu passou, hoje tu tá aqui” (P1).

(...) eu que me sinto capacitada hoje, pelo estilo de vida que eu levo, até ajudar pessoas que tão no mundo das drogas, pela experiência que eu tive (P3).

Tomando como base a análise dos relatos dos participantes, pode-se refletir que eles se percebem integrados ao Serviço, mantendo o tratamento, e avaliam essa prática como positiva para suas vidas, diferente do que se verificou na observação participante, já que os profissionais se queixam da falta de adesão dos usuários de crack, considerando que ela acontece por curto período de tempo. No acesso aos prontuários identificou-se que dois participantes haviam abandonado o tratamento, um havia sido encaminhado para internação e não retomou o acompanhamento após a alta e outro manteve uma participação irregular. Portanto, mesmo se o usuário avaliar positivamente o tratamento o abandono pode ocorrer, o que confirmam dados encontrados no estudo sobre o perfil do usuário de crack no Brasil (Duailibi *et al.* 2008).

6.6 Mudança Percebida

Os resultados da EMP indicaram que a percepção de mudança foi elevada em todas as subescalas. Esse dado demonstra que os participantes consideram estar melhores do que antes do tratamento no CAPS. O item 19, sobre a mudança percebida geral, obteve uma média de respostas no valor de 2,92 (DP = 0,29), confirmando o resultado. Os itens com maior mudança foram interesse pela vida, convivência com a família, energia e disposição para fazer as coisas, e confiança em si mesmo.

Os itens de maior mudança relacionam-se com os dados obtidos com os outros instrumentos aplicados neste estudo. Pode-se associar o interesse pela vida com motivação para o tratamento, mudanças na vida depois do tratamento, contexto de vida atual e as estratégias para a manutenção da abstinência, os quais demonstram que o usuário decidiu realizar o tratamento e mostrou-se disposto a mudar o padrão de consumo do crack ou abandoná-lo. Com isso os danos associados ao uso do crack são diminuídos, sendo incorporados comportamentos saudáveis na vida dos participantes, como o cuidado com o asseio pessoal, a melhora da condição física, da área financeira, no estilo de vida e no convívio social. Esses aspectos estão presentes na adesão ao tratamento, na medida em que o sujeito reconhece e aceita suas condições de saúde, adapta-se a tais condições, identifica fatores de risco no seu estilo de vida, mantém hábitos e atitudes que promovam a qualidade de vida e desenvolve o autocuidado (Silveira & Ribeiro, 2005).

Sobre a convivência familiar, as perdas dos vínculos familiares ocorridas durante o tempo em que o crack foi consumido, tendem a ser reestabelecidas com o processo de tratamento, conforme discutido nas entrevistas e a escala indica que os pacientes também percebem essas mudanças. O apoio familiar auxilia no enfrentamento dos problemas decorrentes do uso do crack, e também, na recuperação do usuário, seja para a aderência ao tratamento, para a manutenção da abstinência ou para a reinserção social (Esposito, 2006). Nesse aspecto apresenta-se uma divergência com os dados coletados pelas entrevistas, em que os participantes referem sentir falta de um maior envolvimento da família com o tratamento, como participação nos grupos. Na observação participante o envolvimento da família demonstrou ser falho, pois ela acaba desistindo dos cuidados com os usuários de crack, responsabilizando o serviço de saúde por isso, além de buscar em primeiro lugar a internação como alternativa de tratamento.

Neste sentido chama-se atenção para um cuidado que se deve ter em relação à inclusão da percepção dos pacientes, conforme recomenda Bandeira *et al.* (2009). Quando se propõe redimensionar e aprimorar o tratamento, deve-se considerar que se as mudanças medidas pelos profissionais não forem as percebidas pelos usuários, as mesmas não terão efeito na satisfação deles. Contudo, a observação participante demonstrou que não há a inclusão do usuário no seu PTS.

A disposição para fazer as coisas também foi referida pelos participantes nas entrevistas. Eles relataram estarem envolvidos com uma rotina diária permeada de atividades, o que os deixa bem ocupados. As atividades extrapolam as oferecidas pelo CAPS, e vão desde a

participação em entidades religiosas, trabalho, estudo, afazeres domésticos, até a reprodução em casa do artesanato aprendido nas oficinas terapêuticas. A inclusão delas ocorreu por motivação própria, pois são consideradas estratégias que auxiliam na manutenção do comportamento da abstinência e, também, porque refletem a vontade destes usuários de conservar a mudança de vida alcançada. Neste sentido, a energia e a disposição para fazer as coisas, torna-se um aspecto observável na vida dos participantes.

Pode-se relacionar a percepção de melhora da confiança em si mesmo com os benefícios que o usuário obteve ao adotar mudanças em sua vida, no caso em relação ao uso do crack. A participação ativa do usuário no seu tratamento e na sua reabilitação, pode ter como desdobramentos o seu protagonismo frente a sua própria história, como afirmam Babinski e Hirdes (2004), melhorando a confiança em si mesmo e facilitando a recuperação.

Na escala foram identificados dois itens com menos mudança para os pacientes: sono e estabilidade das emoções. O primeiro apresentou indicações de piora após o início do tratamento. Essa informação também foi demonstrada pelos participantes nas entrevistas. A vida desregrada, característica do tempo em que mantinham um padrão de consumo pesado, é abandonada por um novo estilo de vida, permeado por uma rotina, que exige adaptações do usuário, inclusive em conciliar o sono. Diante dessa dificuldade, os participantes referiram fazer uso de medicação.

No segundo item, estabilidade das emoções, metade dos participantes percebeu melhora, cinco não observaram mudanças e um avaliou ser esse um aspecto que está pior. Essa indicação foi feita pela única adolescente que participou da pesquisa, o que permite que se relacione com a fase do desenvolvimento em que ela se encontra. Sobre as razões que levaram ao uso do crack, verificou-se nas entrevistas, a relação com a dificuldade de administrar situações emocionais, buscando no uso do crack alívio para isso. Pode-se inferir que esse é um aspecto da vida dos participantes a ser trabalhado no processo de tratamento, através de intervenções focadas para a administração de situações que causem desestabilidade das emoções resolvendo-as de uma forma saudável, que não o uso do crack.

Após três meses da coleta das entrevistas acessaram-se os prontuários dos doze participantes da pesquisa a fim de verificar qual o desenvolvimento que eles tiveram durante esse período. Na Tabela 02 estão apresentadas as informações sobre a evolução dos entrevistados, sendo que oito deles continuavam em tratamento no CAPS. Desses, dois

mantiveram o uso da substância e os outros seis estavam em abstinência. Abandonaram ou não eram assíduos ao acompanhamento quatro usuários.

Tabela 11: Situação dos participantes da pesquisa conforme evolução dos prontuários

Participante	Situação
P1	Iniciou trabalho e parou atendimento
P2	Parou acompanhamento
P3	Continua e está em processo de alta
P4	Apresentou episódios de recaída e continua acompanhamento
P5	Continua acompanhamento
P6	Participa, mas de forma irregular
P7	Continua acompanhamento
P8	Recebeu alta da Comunidade Terapêutica, mas não retornou ao CAPS
P9	Continua acompanhamento
P10	Recolhido ao presídio
P11	Continua acompanhamento
P12	Continua acompanhamento/em uso

Contatou-se que os participantes P1 e P2 abandonaram o tratamento, P6 frequenta de forma irregular e P8 passou por internação em comunidade terapêutica, recebeu alta, porém não retornou ao CAPS. Confrontando esses dados com os resultados da escala verificou-se que na avaliação geral da mudança percebida, item 19, todos indicaram estar melhor do que antes do tratamento.

Os participantes P1, P2 e P3 indicaram melhoras em 17, 15 e 16 itens respectivamente. Já o P8 apresentou resultados diferentes, pois considerou estar melhor em apenas 04 itens; 07 estavam piores do que antes e outros 07 sem mudança.

Portanto, mesmo com escores altos obtidos na EMP, houve abandono e pouca aderência ao tratamento, no caso desses participantes, e por isso, entende-se que a percepção de mudanças positivas em suas vidas não evitaram desistências, conforme foi demonstrado em estudos, como o realizado por Duailibi (2008) sobre a baixa adesão dos usuários de crack ao tratamento.

No caso de P8, pode-se verificar que o mesmo percebeu poucas mudanças positivas em sua vida, o que se fosse identificado em tempo pelo serviço de saúde evitaria a internação. Identificações como essa,

permitem que o serviço de saúde reavalie as características do cuidado prestado, para que as prioridades do paciente sejam atendidas.

A escala permite identificar em que aspectos estão ocorrendo melhoras percebidas e também se há piora ou ausência de mudanças. Essas informações possibilitam redirecionar e aprimorar o tratamento visando a resultados mais adequados para atender as necessidades dos pacientes (Bandeira *et al.* 2011).

Ainda em tempo, Bandeira *et al.* (2009) atenta para que a avaliação dos resultados pelos próprios pacientes deve ser considerada como medida complementar às aferições sobre os efeitos do tratamento. Para tanto, devem ser considerados vieses típicos de medidas de autorrelato como desejabilidade social e racionalização. Nos serviços de saúde, por serem gratuitos, ou por receio de perder o acesso ao serviço podem levar a respostas excessivamente positivas, tanto na medida de satisfação como de gratidão.

6.7 Redes Sociais Significativas

Os resultados alcançados com o mapa de redes demonstraram que para os usuários há uma relativa riqueza nas relações sociais, no que diz respeito aos termos estruturais, que quando congruente com as funções e atributos de vínculo é benéfico para o alcance de bons resultados num tratamento de saúde que visa à reabilitação psicossocial, como o proposto pelo CAPS. Schenker e Minayo (2004) referem que o usuário de drogas substitui o relacionamento com pessoas por um relacionamento com a substância de abuso e, por isso, o resgate da rede social atua como mediador para a mudança e para o engajamento do adicto com o tratamento.

O uso do crack está relacionado com alguns danos psicossociais, dentre eles, o prejuízo das relações sociais. Como apontado no estudo de Souza *et al.* (2006), alguns vínculos familiares são rompidos em decorrência do processo de dependência de drogas e do desgaste causado diante das sucessivas recaídas. Mesmo que fragilizada, foi na rede de relações que esses usuários demonstram encontrar suporte para o tratamento. Porém, nas entrevistas os participantes afirmam haver pouco envolvimento da família indicando a carência de funções que parecem ser contempladas nessa rede, dado também constatado na observação participante.

Para fortalecer a rede familiar, o CAPS em questão procura envolver os familiares no tratamento, através da oferta de grupos e de visitas domiciliares, como apresentado na observação participante.

Todavia os profissionais queixam-se de que a família quer que o usuário realize o tratamento sem que ela se envolva no processo. Ao incluir a família no projeto de mudança o tratamento torna-se mais efetivo segundo Schenker e Minayo (2004), pois o objeto de intervenção deixa de ser unicamente o usuário de drogas.

É importante destacar a função de mediação da família, que além de ser uma dimensão fundamental na constituição do sujeito em seu todo, também é fundamental em sua recuperação. Dessa forma, a família pode representar tanto o papel de fator de risco ao uso de drogas, quanto pode funcionar como fator de proteção. O primeiro caso ocorre quando os problemas familiares levam o sujeito a necessitar do apoio de uma substância para lidar com os conflitos, e com as dificuldades de relacionamento interpessoal; o segundo caso, quando a mediação dos familiares implica o acolhimento necessário para a afetividade, a reconstrução de vínculos e a retomada do projeto de vida do usuário.

Nas relações de trabalho e estudo constatou-se que há uma redução de vínculos significativos. O uso do crack levou à interrupção da história educacional e profissional desses sujeitos, tornando a reinserção ao mercado de trabalho o maior desafio no tratamento; primeiro pela dificuldade em se conseguir uma colocação após um longo tempo em situação de desemprego e, segundo, pelas vivências de preconceito a que esses usuários são suscetíveis. Para Zanatta *et al.* (2012), a dificuldade de arranjar trabalho decorre do julgamento feito ao usuário de droga, o qual provoca discriminação e atitudes de preconceito.

Destarte, quando há o fortalecimento dos vínculos, um novo contexto de vida se estabelece e o usuário se sente responsável em ajudar a prover a renda familiar e se autossustentar, o que também foi explicitado nas entrevistas. No estudo desenvolvido por Souza *et al.* (2006) encontraram-se indícios de que o rompimento dos vínculos com o trabalho surgiu como consequência do processo de dependência. O desemprego pode ser um fator desestruturante da organização familiar e pode desencadear crises e sofrimento psíquico. Cabe ao CAPS, enquanto operador da rede social, ir além de seu viés terapêutico e, através da intersetorialidade, promover estratégias de atenção que abarquem o direito ao trabalho e à renda, fundamentais na vida de qualquer indivíduo.

A relação com os profissionais de saúde evidenciou-se, também, como uma importante fonte de apoio para os usuários. Os cuidados prestados pela equipe são percebidos pelos participantes como demonstração de interesse e valorização, quando os usuários se sentem

acolhidos no CAPS. Neste sentido, destacaram-se as profissões de psicólogo, terapeuta ocupacional e assistente social, em detrimento ao enfermeiro e do médico. O contato mais próximo e objetivo dos profissionais destacados com os pacientes pode estar associado a essa vinculação. Resultado semelhante foi encontrado no estudo realizado por Zanatta *et al.* (2012) que identificou um forte vínculo com os profissionais do CAPS onde ocorreu a pesquisa, sendo tanto o acompanhamento psicológico, bem como a presença do psicólogo no serviço, uma peça importante no tratamento. Nessas relações deve se atentar para que esses vínculos sejam estabelecidos com outros profissionais e não exclusivamente com os do CAPS, pois desta forma os vínculos permanecem centralizados nesse serviço, acarretando um reduzido envolvimento dos participantes com a rede de saúde, a qual deverá ser acionada para vias de reinserção.

Já no que diz respeito às relações comunitárias, o CAPS e as entidades religiosas exercem papel articulador na reconstrução dessa rede. Através desses espaços as dificuldades de interação social decorrentes do uso do crack estão sendo superadas, na medida em que os usuários se sentem acolhidos, respeitados e integrantes dessas instituições. Segundo Souza *et al.* (2006) o CAPS através de sua estrutura física e das atividades que realiza, favorece o sentimento de pertencer a uma comunidade, que outrora foi perdido pelos usuários em decorrência do estigma de “louco” ou “drogado/viciado” que tais sujeitos carregam.

A incorporação de uma prática religiosa à rotina atual dos usuários foi demonstrada nas entrevistas como uma forma de manter-se longe do caminho das drogas. Para Sanchez *et al.* (2012), a rede social religiosa oferece recursos de terapia ocupacional a seus adeptos, como se fosse uma comunidade estruturada numa relação de reciprocidade. Assim como ela faz pela pessoa, ela precisa que a pessoa faça por ela, e, por isso, seus integrantes ajudam em algumas tarefas, como organizar algum evento ou visitar alguém que precisa de visita.

As relações de amizade representadas no mapa de redes corroboram os achados das entrevistas no sentido de que os participantes precisaram se afastar do círculo de amigos para manter a abstinência do crack alcançada. Souza *et al.* (2006), em seu estudo, verificou que essa rede é carente de vínculos significativos, principalmente quando um tratamento é voltado para a abstinência total, meta observada nos relatos dos participantes. Neste caso, se enfatiza o afastamento dos amigos com os quais se compartilhava o uso de drogas, para que se mantenha a abstinência. Com isso, uma dificuldade para

estabelecer novos vínculos se apresenta. Embora seja essa uma dificuldade, todos os usuários destacaram membros significativos nesta rede, mesmo sendo alguns deles profissionais e colegas do CAPS e da igreja, o que demonstra, a importância de acesso a novos espaços para a reinserção social.

Assim como o mapa apresenta vínculos significativos com o CAPS, nas entrevistas, os usuários destacam a participação nas atividades do CAPS, como um aliado na manutenção da mudança. Novamente deve-se considerar que a legislação prevê que ocorra a descentralização dos usuários a fim de que outras redes de suporte sejam construídas além desse Serviço.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo acerca da percepção da adesão ao tratamento de usuários de crack em um CAPS I indica que, na perspectiva dos participantes desta pesquisa o tratamento realizado contempla suas necessidades, promovendo sua adesão. Na medida em que se inserem no Serviço, vão ocorrendo mudanças positivas no estilo de vida dessas pessoas, que são entendidas como consequências de estarem, neste momento, aderidos ao tratamento. Essa constatação é reforçada pelos resultados obtidos na EMP, em que a percepção de mudança em decorrência do tratamento recebido foi elevada, e pela rede social significativa, que apresentou uma relativa riqueza nas relações. Mesmo assim, o estudo identificou que existem fatores divergentes no tratamento que devem ser considerados para que não interfiram na adesão, os quais serão apontados ao longo desta sessão.

Na percepção dos usuários de crack, que são o objeto desta pesquisa, contou-se que ocorre maior adesão na medida em que os usuários se deparam com as mudanças decorrentes do tratamento, e com as quais têm participação ativa. A melhora da condição física, financeira, da convivência com outras pessoas e o novo estilo de vida, produzem sensações de bem-estar, de realização pessoal, de aumento da autoestima e são compensatórias no sentido de que as mudanças sejam mantidas. Além disso, o contexto de vida atual segue uma rotina permeada de atividades, que auxiliam na prevenção de recaídas, favorecendo a continuidade do tratamento.

Em relação ao mapa de redes, apesar dos vínculos verificados, estes apresentaram funções fragilizadas, e por isso, foram incluídos membros relacionados com os serviços de saúde, sendo significativa a participação de alguns profissionais do CAPS. Nesse caso, constatou-se que os que são mais destacados possuem um contato mais próximo com o usuário, através dos atendimentos individuais, grupais e oficinas. Notou-se que a relação de vínculo não ocorre com a equipe, mas com alguns profissionais, que são os que atendem diretamente o usuário. Profissionais de outros serviços que não o CAPS, foram pouco citados, demonstrando uma centralidade nesse Serviço, para a qual se deve estar atento a fim de que não se crie uma relação de dependência.

A família é a principal fonte de apoio e a rede significativa dos participantes mais presente no tratamento. Na EMP o item “convivência familiar” foi percebido como melhor com o tratamento recebido reforçando esse resultado. Estudos afirmam que intervenções voltadas para a família refletem no aumento da adesão do usuário. O CAPS em

questão oferece apoio aos familiares, através de grupos e visitas domiciliares, possibilitando suporte para eles, que estão desgastados pelo convívio com o usuário de crack. Porém, verificou-se uma contradição nestes achados quando o estudo demonstra que os participantes reclamam que a família não participa do tratamento, o que reflete na desmotivação com a recuperação. A observação participante também apresentou informações sobre a pouca responsabilização da família com os cuidados e com o tratamento do usuário de droga. Neste sentido, sugere-se que o Serviço reflita sobre a abordagem que vem sendo realizada com os familiares, para que a mesma contemple a relação da família com o tratamento.

Assim, pode-se pensar que é necessária uma mudança de abordagem familiar, para que o usuário possa se beneficiar desse apoio tão referenciado como importante para a terapêutica. Por isso, a inclusão do mapa de redes no processo de tratamento, auxilia na identificação de relações que podem estar distantes, mas que são significativas na vida destes usuários e representam possibilidade de ajuda, tornando este instrumento um importante aliado no tratamento ao facilitar que familiares sejam acionados no processo de recuperação.

Com relação aos fatores intervenientes da adesão ao tratamento a recaída e a volta ao padrão pesado de consumo acarreta o abandono do tratamento. Além disso, as atividades do CAPS precisam respeitar as singularidades dos usuários, pois alguns demonstraram dificuldade de se adequar a determinados atendimentos, e se fizeram, foi porque se sentiram obrigados. Neste caso, deve-se atentar para não repetir as práticas de normatização, típicas do modelo manicomial que antes imperava. O CAPS, em essência, deve ser acolhedor e ele mesmo se adequar às particularidades desses usuários, já socialmente segregados.

Recursos acessados pelos usuários, como o CAPS e entidades religiosas, promovem a reinserção social, pois a participação nesses espaços produz sentimentos de pertencimento a uma comunidade. O mesmo não se pode afirmar em relação à reinserção ao mercado de trabalho. Os usuários apresentam dificuldade de colocação profissional o que interfere nos vínculos reestabelecidos com o tratamento, pois há a necessidade de ajudar no provimento da renda familiar e no próprio sustento, o que torna o trabalho essencial. Para isso, sugere-se que haja maior investimento em atividades que objetivem a geração de renda, e que o CAPS se aproprie da intersectorialidade para auxiliar no resgate da autonomia e cidadania desses usuários, que têm esperança de conseguir um futuro melhor, e de concretizar seus projetos de vida.

Em relação à percepção de adesão ao tratamento, a utilização dos diferentes instrumentos possibilitou um contraponto entre a perspectiva dos participantes com a perspectiva dos profissionais. No primeiro caso os usuários sentem-se aderidos ao tratamento, pois no momento das entrevistas eles estão inseridos no serviço. Já a equipe considera que os usuários de crack não aderem e se o fazem, é por pouco tempo. Desta forma, é interessante que a instituição amplie as ofertas de cuidado dentro de um cenário democrático e participativo, considerando ações voltadas para a redução de danos e não para a abstinência como meta única do tratamento. Na redução de danos além de reduzir as consequências adversas do consumo de drogas, o indivíduo se sente acolhido na sua escolha em relação ao uso, pois esta abordagem contempla as características dos usuários de crack, considera seus valores, experiências e objetivos.

A abstinência, e não a redução de danos, foi referida como meta e objetivo de um tratamento para esses usuários. Ela pode estar associada às experiências de internação, vividas por quase todos eles, e representou a primeira modalidade de atenção buscada pela maioria dos participantes. O programa aprendido na internação é incluído pelo próprio usuário no seu cotidiano, como estratégia para manutenção do comportamento abstinente. Por isso a importância de se rever a operacionalização das práticas do CAPS pesquisado, no sentido de se considerar as motivações dos sujeitos na construção do PTS e de desmistificar a internação como principal modalidade de atenção para usuários de drogas. O modelo psicossocial proposto pelo CAPS é recente no município e precisa ser conhecido pela comunidade, para esta poder acessá-lo. Além disso, ele tem que ser atrativo para quem está habituado a ter a internação como única possibilidade de tratamento.

Outrossim, verificou-se que os participantes possuem a concepção de que a dependência de crack é uma doença e por isso deve ser tratada com medicações. Essa expectativa demonstra a dificuldade de romper com o modelo da doença para alcançar o psicossocial, em que o usuário é corresponsável pelo seu tratamento, como o proposto pela redução de danos. Essa mudança é um desafio para o CAPS

A legislação sobre o CAPS versa sobre a assistência prestada ao paciente e sobre atividades que não acontecem no serviço pesquisado, como por exemplo, a realização de assembleias. Através deste recurso é possível discutir aspectos relacionados à convivência, aos problemas, às atividades e à organização do serviço, envolvendo técnicos, usuários, familiares e convidados. É um espaço de instrumentalização e de empoderamento dos usuários. Portanto, quando se verifica a avaliação

positiva que os participantes conferem ao tratamento realizado, deve-se considerar que estamos tratando de quem desconhece ou conhece pouco a legislação e conseqüentemente a assistência que um CAPS deve oferecer. A não disponibilização de refeições e de passagens por esse Serviço não é reivindicada e, talvez, nem conhecida como um direito para os usuários. Assim, não se pode verificar se o funcionamento desse Serviço em tempo integral, e a facilidade de acesso influenciariam na adesão dos participantes.

O fato de este estudo caracterizar-se como transversal limitou a verificação da adesão ao tratamento por um período de tempo. Por isso a realização de estudo longitudinal sobre o tema facilitaria sua compreensão. Outra limitação refere-se à não inclusão do ponto de vista de quem abandonou o tratamento a fim de verificar se a percepção sobre adesão ao tratamento se modifica ou não.

Nesta pesquisa percebeu-se que a participação da família no tratamento é um aspecto divergente tanto para os profissionais como para os usuários, por isso sugere-se que outros estudos contribuam no aprofundamento deste tema.

8. REFERÊNCIAS

- Acosta, L.C. (2009). La decisión de entrar a um tratamiento de adicciones: motivación própria e influencia de terceros. *Terapia Psicológica* 27 (1): 119-127, recuperado em 12 de janeiro de 2013, de <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art12.pdf>
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. DSM – IV – TR*. 4 ed. Porto Alegre: Artmed.
- Andrade, G.R.B., Vaitsman, J. (2002). Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (4): 925-934. Recuperado em 01 de novembro de 2012, de <http://www.unifesp.br/grupos/fibromialgia/redes.sociais.pdf>
- Andretta, I., Oliveira, M.S. (2008). Efeitos da entrevista motivacional em adolescentes infratores. *Estudos de Psicologia*, 25 (1): 45-53. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.org/pdf/estpsi/v25n1/a05v25n1.pdf>
- Araújo, R.B., Oliveira, M.S., Pedroso, R.S., Miguel, A. C., Castro, M.G.T. (2008). Craving e dependência química: conceito, avaliação e tratamento. *J. Brasileiro de Psiquiatria*, 57 (1): 57-63. Recuperado em 22 de novembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v57n1/v57n1a11.pdf>
- Araújo, R.B., Pedroso, R.S., Castro, M.G.T. (2010). Adaptação transcultural para o idioma português do Cocaine Craving Questionnaire – Brief. *Rev Psiq Clínica*. 37(5):195-8. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v37n5/a02v37n5.pdf>
- Azevedo, R. C. S.; Botega, N. J.; Guimarães, L. A. M. (2007). Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1): 26-30. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/nahead/2308.pdf>
- Babinski, T., Hirdes, A. (2004). Reabilitação psicossocial: a perspectiva de profissionais de Centros de atenção psicossocial do Rio Grande do Sul. *Texto Contexto Enfermagem* 13(4):568-76. Recuperado em 05 de janeiro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v13n4/a09.pdf>
- Bahls, F.C., Bahls, S.C. (2002). Cocaína: origens, passado e presente. *Interação em Psicologia*, 6 (2): 177-181. Recuperado em 10 de novembro de 2011, de <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/article/view/3305/2649>

- Bandeira, M.B., Andrade, M.C.R., Costa, C.S., Silva, M.A. (2011). Percepção dos pacientes sobre o tratamento em serviços de saúde mental: validação da escala de mudança percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24 (2): 236-244. Recuperado em 11 de dezembro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722011000200004
- Bandeira, M.B., Calzavara, M.G.P., Costa, C.S., Cesari, L. (2009). Avaliação de serviços de saúde mental: adaptação transcultural de uma medida da percepção dos usuários sobre os resultados do tratamento. *J Bras Psiquiatria*, 58(2):107-114. Recuperado em 28 de outubro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v58n2/v58n2a07.pdf>
- Bisch, N.K., Benchaya, M.C., Signor, L., Moleda, H.M.R., Ferigolo, M., Andrade, T.M.R., Barros, H.M.T. (2011). Aconselhamento telefônico para jovens usuários de crack. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 32 (1): 31-9. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/13443/12387>
- Bleger, J. (1993). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Böing, E., Crepaldi, M.A., Moré, C.L.O.O. (2008). Pesquisa com famílias: aspectos teórico-metodológicos. *Paidéia*, 18(40), 251-266. Recuperado em 06 de janeiro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v18n40/04.pdf>.
- Bordin, S., Figlie, N. B., Laranjeira, R. (2004). *Cocaína e crack*. In: Bordin, S., Figlie, N. B., Laranjeira, R. (org). *Aconselhamento em dependência química*. (pp. 68-83). São Paulo: Roca.
- Bravo, O.A. (2009). Avaliação de ações de redução de danos no sistema penitenciário brasileiro. *Psicologia para América Latina*, 18, p.0-0. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1870-350X2009000200002&script=sci_abstract
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., Nappo, S.A. (2002). I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país – 2001. São Paulo, *CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*.
- Carlini, E.A., Galduróz, J.C.F., Noto, A.R., Fonseca, A.M., Carlini, C.M., Oliveira, L.G., Nappo, A.S., Moura, Y.G., Sanchez, Z.

- van der M. (2006). II Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. São Paulo, *CEBRID – Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*.
- Carlini, E.L.A., Noto, A.R., Sanchez, Z.M., Carlini, C.M.A., Locatelli, D.P., Abeid, L. R., Amato, T.C., Opaleye, E.S., Tndowski, C. S., Moura, Y.G. (2010). VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio das redes pública e privada de ensino das 27 capitais brasileiras. São Paulo, *CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*.
- Carvalho, V.M., Chasin, A. A. M., Carvalho, D. G. (2008). A study on the stability of anhydroecgonine methyl ester (crack biomarker), benzoylecgonine, and cocaine in human urine. *Rev. Psiq. Clínica*, 35 (1): 17-20.
- Carvalho, H.B., Seibel, S.D. (2009). Crack cocaine use and its relationship with violence and HIV. *Clinical Science*, 64 (9): 857-66. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/clin/v64n9/06.pdf>
- Chaves, T.V., Sanches, Z.M., Ribeiro, L.A., Nappo, S.A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública*, 45 (6): 1168-75. Recuperado em 22 de novembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v45n6/2774.pdf>
- Decreto 7.179 de 20 de maio de 2010 (2010). Institui o plano integrado de enfrentamento ao crack e outras drogas, e cria o Comitê Gestor, e dá outras providências. Recuperado em 13 de dezembro de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm
- Delgado, P. G., Cordeiro, F. *A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil*. In: Andrade, T. M. (Coord.). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais (módulo 1, 3ª ed., pp.39-43). Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Dias, A. C., Araújo, M. R., Laranjeira, R. (2011). Evolução do consumo de crack em coorte com histórico de tratamento. *Rev. Saúde Pública*, 45 (5): 938-948. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/2011nahead/2567.pdf>

- Domanico, A. (2006). *Craqueiros e cracados:bem-vindo ao mundo dos nórias!* Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-pilotos do Brasil (tese de doutorado). Salvador, BA, Universidade Federal da Bahia.
- Drummond, D.C. (2001). Theories of drug craving, ancient and modern. *Addiction*, 96: 33-46. Recuperado em 22 de novembro de 2011, de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177518>
- Duailibi, L.B., Ribeiro, M., Laranjeira, R. (2008). Profile of Cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (4): 545-557. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s4/07.pdf>
- Duarte, P. C. A. V., Branco, A. P. U. A. (2008). *Processo de realinhamento da política nacional antidrogas e a legislação brasileira sobre drogas*. In: Andrade, T. M. (Coord.). O uso de substância psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais (módulo 1, pp.34-38) Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas.
- Esposito, B. P. (2006). *Tratamento da dependência química: o papel da família*. In: Savoia et al.. Psicologia e Psiquiatria. Roca: 2006.
- Ferreira, P.E.M., Martini, R.K. (2001). Cocaína: lendas, histórias e abuso. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23 (2): 96-9. Recuperado em 10 de novembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v23n2/5583.pdf>
- Funes, G.M.R., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., Wright, M.G.M. (2009). Factores de riesgo relacionados al uso de drogas ilegales: perspectiva crítica de familiares y personas crecanas em um centro de salud público em San Pedro Sula, Honduras. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 17 : 796-802. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17nspe/07.pdf>
- Garcia, M.L.T., Leal, F.X., Abreu, C.C. (2008). A política antidrogas brasileira: velhos dilemas. *Psicologia & Sociedade*, 20 (2): 267-276. Recuperado em 11 de dezembro de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822008000200014
- Garcia, E.L., Zacharias, D.G., Winter, G., Sontag, J. (2012). (Re)conhecendo o perfil do usuário de crack de Santa Cruz do Sul. *Barbarói*, 36 (ed. esp.): 83-95. Recuperado em 22 de novembro de 2012, de

- <http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/viewFile/2922/2106>
- Gazoni, F.M., Truffa, A.A.M., Kawamura, C., Guimarães, H.P., Lopes, R.D., Sandre, L.V., Lopes, A.C. (2006). Complicações Cardiovasculares em Usuário de Cocaína. Relato de Caso. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 18 (4): 427-432. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbti/v18n4/19.pdf>
- Gil, A. C. (1994). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Guimarães, C. F., Santos, D. V. V., Freitas, R. C., Araujo, R. B. (2008). Perfil do usuário de crack e fatores relacionados à criminalidade em unidade de internação para desintoxicação no Hospital Psiquiátrico São Pedro de Porto Alegre (RS). *Rev. Psiquiatria RS*, 30 (2): 101-108. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a05.pdf>
- Kessler, F., Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade (editorial). *Rev. Psiquiatria RS*, 30 (2): 96-98. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v30n2/v30n2a03.pdf>
- Lei nº 10.216 de 06 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Brasília, 2001. Recuperado em, 13 de dezembro de 2011, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm
- Leite, S.N., Vasconcellos, M.P.C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3):775-782. Recuperado em 28 de dezembro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n3/17457.pdf>
- Lima, T. C. S., Mioto, R.C.T., Dal Prá, K.R. (2007). A documentação no cotidiano da intervenção dos assistentes sociais: algumas considerações acerca do diário de campo. *Revista Textos & Contextos*, 6 (1) 93-104, recuperado em 05 de janeiro de 2013, de <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/1048/3234>
- Lustosa, M.A., Alcaires, J., Costa, J.C. (2011). Adesão do paciente ao tratamento no Hospital Geral. *Rev. SBPH* 14 (2): 27-49. Recuperado em 28 de dezembro de 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v14n2/v14n2a04.pdf>

- Malta, M., Monteiro, S., Lima, R.M.J., Bauken, S., Marco, A., Zuim, G.C., Bastos, F.I., Singer, M., Strathdee, S.A. (2008). HIV/AIDS risk among female sex workers Who use crack in Southern Brazil. *Revista de Saúde Pública*, 42 (5): 830-7. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n5/6591.pdf>
- Mançano, A., Marchiori, E., Zanetti, G., Escuissato, D.L., Duarte, B.C., Apolinário, L.A. (2008). Complicações Pulmonares após uso de crack: achados na tomografia computadorizada de alta resolução de tórax. Relato de Caso. *J. Brasileiro de Pneumologia*, 34 (5): 323-327. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpneu/v34n5/v34n5a12.pdf>
- Marlatt, G. A., Witkiewitz, K. (2009). *Problemas com álcool e drogas*. In: Marlatt, G. A.; Donovan, D. M. *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Martinelli. M. L. (1999). *Pesquisa qualitativa: um instigante desafio*. São Paulo: Veras Editora – (Série Núcleo de Pesquisa).
- Melotto, P. (2009). *Trajetória e usos de crack: estudo antropológico sobre trajetória de usuários de crack no contexto de bairros populares de São Leopoldo – RS*. (dissertação de mestrado). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Minayo M.C.S. (2010). Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: Deslandes, S.F., Gomes, R., Minayo, M.C.S. (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, (org).(2005). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 244 pp.
- Ministério da Saúde. (2004a). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas*. (Ed. rev.). Secretaria de atenção à saúde. SVS/CN-DST/AIDS. Brasília. Recuperado em 13 de agosto de 2011, de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/A%20politica.pdf>
- Ministério da Saúde. (2004b). *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília. Recuperado em 24 de agosto de 2011, de http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf

- Ministério da Saúde. (2005). *Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil*. Documento apresentado à Conferencia Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas da Saúde. OPAS: Brasília. Recuperado em de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf
- Mombelli, M.A., Marcon, S.S., Costa, J.B. (2010). Caracterização das internações psiquiátricas para desintoxicação para adolescentes dependentes químicos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63 (5): 735-40. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/07.pdf>
- Moré, C.L.O.O., Crepaldi, M.A. (2012). O mapa de rede social significativa como instrumento de investigação no contexto da pesquisa qualitativa. *Nova Perspectiva Sistêmica*, 43 (84-98).
- Nappo, S.A., Oliveira, L.G., Santos, S. A., Coradete, J., Pacca, J.C.B., Lacks, V. (2004). Comportamento de risco de mulheres usuárias de crack em relação às DST/AIDS. São Paulo, *Cebriid - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas*
- Nigri, L.F., Samelli, A.G., Schochat, E. (2009). Potenciais evocados auditivos de tronco encefálico em usuários de crack e múltiplas drogas. *Rev Soc Bras Fonoaudiologia* 14(3):528-33
- Nunes, C.L.X.; Andrade, T.; Galvão-Castro, B.; Bastos, F.I.; Reingold, A. (2007). Assessing risk behaviors and prevalence of sexually transmitted and blood-borne infections among female crack cocaine users in Salvador – Bahia, Brazil. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 11(6): 561-566. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/bjid/v11n6/07.pdf>
- Oliveira, L. G.; Nappo, S. A. (2008a). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Rev. Saúde Pública*, 42 (4): 664 – 71. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6645.pdf>
- Oliveira, L. G.; Nappo, S. A. (2008b). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Rev. Psiq Clin*, 35 (6): 212 – 8. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v35n6/v35n5a02.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (1993). *Classificação Internacional de Doenças*. CID – 10. Porto Alegre: Artmed.

- Organização Mundial da Saúde. (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Recuperado em 13 de outubro de 2011, de http://www.iafa.go.cr/Que%20son%20las%20Drogas/lexicon_a_lcohol_drugs_spanish/Lexicon%20Alcohol%20Drugs.html
- Passos, E. H., Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23 (1): 154-162. Recuperado em 27 de setembro de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a17v23n1.pdf>
- Pechansky, F.; Kessler, F. H. P.; Diemen, L. von; Bumaguin, D. B.; Surrat, H. L.; Inciardi, J. A. (2007). Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Rev. Brasileira de Psiquiatria*, 29 (1), 39-42. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462007000100012&script=sci_arttext
- Peixoto, C., Prado, C. H., Rodrigues, C. P., Cheda, J. N. D., Mota, L. B. T., Veras, A. B. (2010). Impacto do perfil clínico e sociodemográfico na adesão ao tratamento de pacientes de em Centro de Atenção Psicossocial a Usuários de Álcool e Drogas (CAPSad). *J Bras Psiquiatria* 59(4):317-321. Recuperado em 26 de dezembro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n4/08.pdf>
- Pinho, P.H., Oliveira, M.A., Almeida, M.M. (2008). A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Rev. Psiq. Clín* 35, supl 1; 82-88. Recuperado em 28 de dezembro de 2012, de <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol35/s1/pdf/82.pdf>
- Portaria 336 de 2002, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Raupp, L. M. (2011). *Circuitos de uso de crack nas cidades de São Paulo e Porto Alegre: cotidiano, práticas e cuidado* (tese de doutorado). São Paulo, SP, Universidade de São Paulo.
- Raupp, L.M., Adorno R.C.F. (2011). Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5):2613-2622. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a31v16n5.pdf>
- Ribeiro, M., Duailibi, L.B., Perrenoud, L.O., Sola, V. (2012). Perfil do usuário e história natural do consumo. In: *O Tratamento do Usuário de Crack*. Porto Alegre: Artmed.

- Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A. C., Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3): 196-202. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v28n3/10.pdf>
- Ribeiro, L.A., Sanchez, Z.M., Nappo, S.A. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *J. Brasileiro de Psiquiatria*, 59 (3): 210-218. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n3/a07v59n3.pdf>
- Rodrigues, V.S., Caminha, R.M., Horta, R.L. (2006). Déficits cognitivos em pacientes usuários de crack. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 2 (1): 67-72, Recuperado em 11 de agosto de 2011, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S180856872006000100007&script=sci_arttext
- Ruiz Olabuénaga, J.I., Ispizua, M.A. (1989). *La Descodificación de la vida cotidiana: métodos de investigación cualitativa*. Bilbao: Iniversidad de Deusto.
- Sanchez, Z.M., Ribeiro, L.A., Nappo, S.A. (2012). *Religiosidade e Espiritualidade*. In: Ribeiro, M., Laranjeira, R. (org). O tratamento do usuário de crack. Porto Alegre: 2012.
- Scaduto, A.A., Barbieri, V. (2009). O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química em uma instituição de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2):605-614. Recuperado em 28 de dezembro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n2/a29v14n2.pdf>
- Scheffer, M., Pasa, G.G., Almeida, R.M.M. (2010). Dependência de álcool, cocaína e crack e transtornos psiquiátricos. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 26 (3): 533-541. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v26n3/a16v26n3.pdf>
- Schenker, M., Minayo, M.C.S. (2004). A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura. *Cad. Saúde Pública*, 20(3):649-659. Recuperado em 27 de dezembro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n3/02.pdf>.
- Schneider, D.R. Sporth, B., Leitão, C., Accorsi, M. Sacatamburlo, N. (2004). Caracterização dos Serviços de Atenção à Dependência Química da Região da Grande Florianópolis Relatório Final – Psiclín UFSC. Recuperado em 30 de dezembro de 2012, de <http://psiclin.ufsc.br/files/2010/05/pesquisa-1.pdf>

- Seadi, S.M.S., Oliveira, M.S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Revista de Psicologia Clínica*, 21 (2): p.363 – 378. Recuperado em 28 de dezembro de 2012, de <http://www.scielo.br/pdf/pc/v21n2/08.pdf>
- Silva, C.R., Kolling, N.M., Carvalho, J.C.N., Cunha, S.M., Kristensen, C.H. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, 30: 101-112. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/aletheia/n30/n30a09.pdf>
- Silva, C.J., Laranjeira, R. (2004). *Neurobiologia da Dependência Química*. In: Bordin, S., Figlie, N. B., Laranjeira, R. (org). Aconselhamento em dependência química. (pp. 68-83). São Paulo: Roca.
- Silva, S.M., Spiassi, A.L., Alves, D.C., Guedes, D.J., Leigo, R.O. (2009). Redução de Danos: estratégia de cuidado com populações vulneráveis na cidade de Santo André-SP. *Saúde e Sociedade*, 18 (2): 110-103. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18s2/18.pdf>
- Silveira, L.M.C., Ribeiro, V.M.B. (2005). Grupo de adesão ao tratamento: espaço de “ensinagem” para profissionais de saúde e pacientes. *Interface*, 9 (16): 91-104. Recuperado em 21 de janeiro de 2013, de <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a08.pdf>
- Sluzki, C. E. (1997). *A rede social na prática sistêmica: alternativas terapêuticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Souza, J., Kantorski, L. P., Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 2 (1): 0-0. Recuperado em 26 de dezembro de 2012, de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>
- Stella, F., Rossi, C.R., Govone, J. S. (2008). Drug Dependence, Mental Impairment and Education. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 42 (1): 143-150. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP041a5/RIP04215.pdf>
- Surjan, J., Pillon, S., Laranjeira, R. (2000). O que acontece com os pacientes dependentes de álcool e drogas que desaparecem das

primeiras consultas? UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool a Drogas.

- Vargens, R.W., Cruz, M.S., Santos, M.A. (2011). Comparação entre usuários de crack e de outras drogas em serviço ambulatorial especializado de hospital universitário. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19: 804-812. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19nspe/19.pdf>
- Vasters, G. P., Pillon, S. C. (2011) O uso de drogas por adolescentes e suas percepções sobre adesão e abandono de tratamento especializado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 19(2):[08 telas]. Recuperado em 26 de dezembro de 2012, de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/pt_13.pdf
- Zanatta, A.B., Garghetti, F.C., Lucca, S.R. (2012). O Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas sob a percepção do usuário. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 36 (1): 225-237. Recuperado em 27 de outubro de 2012, de <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/view/248>
- Zeni, T.C., Araujo, R.B. (2011). Relação entre o craving por tabaco e o craving por crack em pacientes internados para desintoxicação. *J. Brasileiro de psiquiatria*, 60 (1): 28-33. Recuperado em 11 de agosto de 2011, de <http://www.scielo.br/pdf/jbpsi/v60n1/v60n1a06.pdf>

9. ANEXO

ESCALA DE MUDANÇA PERCEBIDA (EMP)			
(VERSÃO DO PACIENTE)			
1. Você acha que o tratamento que você está recebendo aqui o ajudou a se sentir melhor?			
□ Se Sim: Como? _____			

□ Se Não: Por quê? _____			

2. Agora, eu vou lhe perguntar, para cada aspecto da sua vida, se você acha que você teve mudanças desde que começou a se tratar aqui no _____ (nome do local) e se estas mudanças foram para pior ou para melhor.			
Nota ao entrevistador:			
Para cada item abaixo, dizer : <i>“Desde que você começou a se tratar aqui, está(ão).....”</i> .	Pior do que antes	Sem mudança	Melhor do que antes
1. Seus problemas pessoais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Seu humor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. A estabilidade das suas emoções	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sua confiança em você mesmo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Seu interesse pela vida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sua capacidade de suportar situações difíceis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Seu apetite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sua energia (disposição para fazer as coisas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Seu sono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sua saúde física (Dores, tremores, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sua sexualidade (satisfação sexual)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sua convivência com sua família	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Sua convivência com seus amigos ou amigas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Sua convivência com as outras pessoas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Seu interesse em trabalhar ou se ocupar com alguma coisa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Suas atividades de lazer (as coisas que você gostava de fazer)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Suas tarefas de casa (ex : cozinhar, fazer compras para a casa, lavar roupa, arrumar o quarto ou a casa, consertar coisas, etc).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Sua capacidade de cumprir as obrigações e tomar decisões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impressão geral : Finalizando, eu gostaria de saber se			
19. Desde que você começou a se tratar aqui, em geral, você está	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. APÊNDICES

10.1 Apêndice A

Termo de Consentimento livre e esclarecido

1- Informações sobre a pesquisa

O estudo sobre “**A adesão de usuários de crack ao tratamento num CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I**” refere-se à dissertação de mestrado em Psicologia – Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento, da Universidade Federal de Santa Catarina, e será realizado pela pesquisadora Cinthia Maria Cecato Picoli sob orientação da Dr^a Daniela Ribeiro Schneider e coorientação da Dr^a Lucienne Martins Borges.

A pesquisa tem como principal objetivo descrever os fatores relacionados à adesão ou não ao tratamento de usuários de crack inseridos em um CAPS I de um município de médio porte do Rio Grande do Sul.

Serão realizadas entrevistas semiestruturadas com os usuários de crack que estão em acompanhamento no CAPS I no momento da pesquisa, as quais serão gravadas, transcritas e depois analisadas. No momento da entrevista também serão aplicados dois instrumentos: a Escala de Mudança Percebida e o desenho do Mapa de Rede desses sujeitos. Os dados da pesquisa serão armazenados em local seguro por 5 (cinco) anos e depois destruídos.

Em caso de dúvidas, podem buscar esclarecimentos com a pesquisadora pessoalmente no CAPS de Vacaria ou pelo número de telefone (54) 3231.6468.

O(a) participante não terá gastos e nem receberá pagamento pela entrevista.

As informações prestadas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e a identidade do entrevistado será mantida em sigilo, preservando o seu anonimato.

O(a) participante tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa ou retirar o consentimento dado anteriormente, sem nenhuma penalização, desde que entre em contato com a equipe através de um dos meios acima descritos.

2- Termo de Consentimento ¹

Eu, _____, considero-me informado(a) sobre a pesquisa realizada pela pesquisadora Cinthia Maria Cecato Picoli sob orientação da Dr^a Daniela Ribeiro Schneider e coorientação da Dr^a Lucienne Martins Borges, na pesquisa “**A adesão de usuários de crack ao tratamento num CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial I**”. Consinto que a entrevista seja gravada, tendo clareza do sigilo que será mantido em relação ao meu nome.

Vacaria, ___/___/___

Assinatura do participante

Cinthia M. C. Picoli – pesquisadora

¹ Esse termo de consentimento é de uso exclusivo do pesquisador e não será divulgado sobre nenhum pretexto. Ele é uma exigência das Normas de Pesquisa que envolvem Seres Humanos, do Ministério da Saúde, que visa garantir a ética na pesquisa e o respeito ao sujeito pesquisado.

10.2 Apêndice B

Termo de Consentimento livre e esclarecido da instituição



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE VACARIA
Gestão 2009-2012

Rua Ramiro Barcelos, 915 Centro Cx. Postal 01
CEP-95200-000 Vacaria | RS | Brasil

Fone: (51) 3232-5566



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O estudo sobre "As estratégias de manutenção do comportamento abstinentes no uso do crack" refere-se a dissertação de mestrado em Psicologia – Processos Psicossociais, Saúde e Desenvolvimento, da Universidade Federal de Santa Catarina, e será realizado pela pesquisadora Cinthia Maria Cecato Picoli sob orientação da Dr^a Daniela Ribeiro Schneider e co-orientação da Dr^a Lucienne Martins Borges.

O principal objetivo da pesquisa é conhecer as estratégias utilizadas por usuários de drogas que promovem a manutenção do comportamento abstinentes do uso de crack.

Considerando que quando se escuta falar em crack é mais comum a relação com os danos e com as consequências negativas do que com bons resultados é relevante que se valorize os casos em que houve recuperação ainda que em manutenção para prevenir recaídas.

O CAPS – Centro de Atenção Psicossocial – é referência SUS para o tratamento de álcool e drogas, e apresenta casos em que usuários estão em recuperação. Investigar este processo é importante para fomentar as estratégias de tratamento com base nas melhores práticas.

Faz parte da pesquisa a realização de um levantamento documental a partir dos prontuários do CAPS, com o objetivo de caracterizar o perfil dos usuários atendidos no serviço.

As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins de pesquisa, preservando-se o anonimato dos prontuários.


Em caso de dúvida, buscar esclarecimentos com a pesquisadora pessoalmente no CAPS ou pelo telefone nº 3231.6468.

Declaro que estou ciente e conforme.


Ana Cristina Torres
Diretora Executiva
Secretaria de Saúde

Ana Cristina Torres
Diretora Executiva
Secretaria Municipal de Saúde

Vacaria, 27 de julho de 2011.


Cinthia M. C. Picoli
Pesquisadora

10.3 Apêndice C

Roteiro da entrevista semiestruturada

Dados de Identificação

Sexo: Idade: Religião: Escolaridade:
 Com quem mora: Faixa salarial da família: Drogas de
 preferência: () Só crack () Crack e outras drogas:
 quais.....

Histórico do uso de drogas

1. Como iniciou o uso do crack?
2. Com qual idade?
3. Quais as principais circunstâncias de sua vida naquele momento?
4. Fez uso de outras drogas concomitante?
5. Qual a frequência de uso?
6. Em que momentos costumava usar? O que gerava vontade de usar?
7. Fez tentativas de parar? Quanto tempo?

Tratamento no CAPS

8. Há quanto tempo está em tratamento no CAPS?
9. Quais motivos o levaram a buscar tratamento neste momento?
10. Com que frequência participa?
11. De quais as atividades oferecidas pelo CAPS participa?
12. Sente-se motivado a vir ao CAPS quando tem atividades agendadas? Razões?
13. Cite as atividades do Caps que mais auxiliam em sua recuperação. Quais as razões?
14. Cite as atividades do Caps que não interferem em sua recuperação. Quais as razões?
15. Como percebe as contribuições da equipe técnica do CAPS em sua recuperação?
16. Como é sua relação com outros usuários em tratamento?
17. Qual a participação da família no tratamento?
18. Qual a participação de amigos ou outras pessoas na recuperação?
19. Já abandonou o tratamento no CAPS? Se sim, quais as Razões?
20. Já apresentou recaída? Como foi?

Outros tratamentos

21. Que outros tratamentos buscou?
22. Internações? Quantas teve?

23. Como avalia os outros tratamentos em sua recuperação?
Avaliação geral do tratamento
24. Percebeu mudanças na vida com o tratamento? Quais?
Contexto de vida
25. Está empregado?
26. Como é a rotina diária?
27. Quais perspectivas que vê para sua vida daqui para frente?