

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DO CARMO RAPOSO**

**VIVENCIANDO UMA EXPERIÊNCIA EM UM GRUPO DE FAMILIARES DE  
USUÁRIOS DE CRACK EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE/PE**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**MARIA DO CARMO RAPOSO**

**VIVENCIANDO UMA EXPERIÊNCIA EM UM GRUPO DE FAMILIARES DE  
USUÁRIOS DE CRACK EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE/PE**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Atenção Psicossocial do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Especialista.

**Orientadora: Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer**

FLORIANÓPOLIS (SC)

**2014**

## **FOLHA DE APROVAÇÃO**

O trabalho intitulado **VIVENCIANDO UMA EXPERIÊNCIA EM UM GRUPO DE FAMILIARES DE USUÁRIOS DE CRACK EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA NO RECIFE/PE** de autoria do aluno **MARIA DO CARMO RAPOSO** foi examinado e avaliado pela banca avaliadora, sendo considerado **APROVADO** no Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem – Área Atenção Psicossocial.

---

**Dra. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer**

Orientadora da Monografia

---

**Profa. Dra. Vânia Marli Schubert Backes**

Coordenadora do Curso

---

**Profa. Dra. Flávia Regina Souza Ramos**

Coordenadora de Monografia

FLORIANÓPOLIS (SC)  
2014

## SUMÁRIO

|                                     |           |
|-------------------------------------|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO.....</b>            | <b>06</b> |
| <b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b> | <b>08</b> |
| <b>3 MÉTODO.....</b>                | <b>10</b> |
| <b>4 RESULTADO E ANÁLISE.....</b>   | <b>12</b> |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>REFERÊNCIAS.....</b>             | <b>15</b> |

## **RESUMO**

Diante do panorama da epidemia do crack no Brasil e dos desafios do trabalho da enfermagem junto aos usuários na Atenção Básica à Saúde este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência vivenciada em um Grupo de Familiares de Usuários de Crack realizado em uma Unidade de Saúde da Família no bairro da Mangabeira, município de Recife/PE. A experiência relatada neste estudo teve como cenário uma Unidade de Saúde da Família localizada no bairro da Mangabeira do município do Recife/PE. O Grupo de Familiares de Usuários de Crack foi criado no ano de 2012 com o incentivo e a iniciativa de um projeto de pesquisa do Programa de educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Ministério da Saúde. O grupo funcionava todas as segundas-feiras a tarde em um espaço da Associação de bairro. Participavam do Grupo, em média, cinco mães e/ou companheiras de usuários de crack. Não havia programação de temas a serem abordados no Grupo, os participantes eram estimulados para expor suas experiências, suas dúvidas e angústias enfrentadas com os dependentes usuários de crack. A duração do grupo foi de aproximadamente um ano, e, os motivos determinantes para o termino dos encontros do grupo foram muitos. A experiência de participar do Grupo de Familiares de Usuários de Crack permitiu muitas reflexões, acerca do meu papel profissional, da necessidade de uma intervenção contínua, de qualidade e efetiva para usuários e familiares, bem como, da sensibilidade dos profissionais e educação permanente para o enfrentamento das questões implicadas nos casos de dependência química.

## 1 INTRODUÇÃO

Na recente história do Brasil, anos de 1970, os usuários dependentes de drogas recebiam tratamento em hospitais psiquiátricos como pacientes irrecuperáveis, além de serem marginalizados pela sociedade. O preconceito com os usuários de drogas partia, até mesmo, dos profissionais de saúde. A dependência representava um atestava um futuro infeliz aos indivíduos cujo único destino era a marginalização e a morte (ZEMEL, 2001).

Após doze anos tramitando no Congresso Nacional a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001 – Lei Paulo Delgado – foi sancionada no Brasil. Essa Lei marcou um passo importante para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica no país. Neste mesmo ano aconteceu a III Conferência Nacional de Saúde Mental, outro importante marco para a formulação de políticas públicas na área de saúde mental em consonância com as diretrizes da Reforma. Dentre as mudanças propostas para uma nova organização dos serviços e modelo de atenção psicossocial está a política para as questões do consumo de álcool e outras drogas e da estratégia de redução de danos (BRASIL, 2005).

A Lei 10.216/2001 garante aos usuários que sofrem os transtornos decorrentes do consumo de álcool e outras drogas o direito universal e integral à saúde em serviços mais próximos do convívio social, organizadas em redes assistenciais atentas as desigualdades sociais e as necessidades da população (BRASIL, 2003).

Os grandes questionamentos em relação a abordagem assistencial aos usuários de álcool e outras drogas, no Brasil, figuraram, sobretudo, em torno da questão destes casos serem tratados como problemas de saúde pública e não como problemas de ordem jurídica e policial (ALVES, 2009).

Entre as drogas ilícitas o consumo de crack representa, nos últimos anos, uma verdadeira epidemia no Brasil. A Fundação Oswaldo Cruz (FioCruz) divulgou dados de uma pesquisa realizada em 2012 nas 26 capitais brasileiras e no Distrito Federal em relação ao uso de crack no Brasil:

“A estimativa encontrada, então, nas capitais do país e Distrito Federal, para a população desses municípios que consomem crack e/ou similares de forma regular é na proporção de, aproximadamente, 0,81% (Intervalo de Confiança de 95% (IC95%): 0,76 – 0,86), o que representaria cerca de 370 mil usuários. Nesses mesmos municípios, temos que a estimativa para o número de usuários de drogas ilícitas em geral (com exceção da maconha) é de 2,28% (IC95% 2,17-2,38), ou seja, aproximadamente 1 milhão de

usuários. Sendo assim, usuários de crack e/ou similares correspondem a 35% dos consumidores de drogas ilícitas nas capitais do país. [...] As capitais da região Nordeste, ainda que estatisticamente apresentem proporções similares de uso frente às capitais da região Sul, foram as que apresentaram o maior quantitativo de usuários de crack e/ou similares, quando considerado o uso forma regular dessa droga: cerca de 150 mil pessoas” (FIOCRUZ, 2013, p.4 e 5).

Diante deste panorama e dos desafios do trabalho da enfermagem junto aos usuários de crack na Atenção Básica à Saúde este trabalho tem o objetivo de relatar a experiência vivenciada em um Grupo de Familiares de usuários de crack realizado em uma Unidade de Saúde da Família no bairro da Mangabeira, município de Recife/PE.

Considera-se importante refletir acerca do papel da Educação em Saúde como estratégia, proposta pelo modelo de atenção do Sistema Único de Saúde, suas políticas pública, e especialmente introduzida pelas propostas da Reforma Sanitária, enquanto ação de promoção e proteção à saúde na atenção em saúde mental. O tratamento e o acompanhamento oferecido aos usuários de droga, apesar dos avanços, ainda constitui um desafio para os profissionais de saúde, especialmente por suas repercussões na vida dos indivíduos dependentes químicos, de seus familiares e da sociedade.

## **2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

A iniciativa e o planejamento para a realização de um grupo de apoio para familiares de usuários de crack, no âmbito da Atenção Básica à Saúde, ancoraram-se nas recomendações legais como do Ministério da Saúde e dentre outras publicações que compõem o rol de informações e diretrizes para a compreensão, acolhimento e intervenções psicossociais, especialmente, frente ao consumo do crack.

A rede de atenção à saúde no Brasil é parte do SUS e está organizada sob os princípios do acesso universal, integral, contínuo em todos os níveis de complexidade do sistema. A rede de atenção à saúde mental compartilha destes princípios, é composta por Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência, Ambulatórios de Saúde Mental e Hospitais Gerais. Somente uma organização em rede pode garantir resolutividade e promoção da autonomia e da cidadania das pessoas com transtornos mentais (BRASIL, 2005).

O compromisso do Sistema público brasileiro, o SUS é garantir o acesso aos serviços com a participação do consumidor em seu tratamento e com o estabelecimento de vínculos em uma perspectiva ampliada da saúde pública (BRASIL, 2003).

A Lei nº 10216 de 06 de abril de 2001 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais assegura o tratamento sem qualquer forma de discriminação, bem como, uma assistência e promoção de ações de saúde com a devida participação da sociedade e da família (BRASIL, 2001).

Muitos consumidores de drogas não procuram os serviços de saúde por não sentirem acolhidos em suas diferenças. Assim, a procura e adesão às ações de promoção, prevenção e tratamento são baixas. Os serviços de saúde devem reconhecer as necessidades dos consumidores e traçar diferentes estratégias (BRASIL, 2003).

Existe uma variedade de drogas em circulação no mundo. Nos últimos anos o crack ganhou figura entre as drogas de grande potencial de dependência em curto espaço de tempo, ou seja, já nos primeiros consumos causa dependência. O tratamento do crack é, particularmente, difícil, requer abordagem multidisciplinar e biopsicossocial, enfocando estratégias de prevenção de recaída (KESSLER e PECHANESKY, 2008).



O Conselho Federal de Medicina lançou em 2011 as Diretrizes Gerais para a Assistência Integral ao Crack orienta para a garantia do acesso aos serviços de atendimento buscando a adesão ao tratamento com intervenções familiares (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2011).

Diante da chamada epidemia do crack o Ministério da Saúde instituiu, por meio do Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010, o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, com vistas à prevenção do uso, ao tratamento e à reinserção social de usuários e ao enfrentamento do tráfico de crack e outras drogas ilícitas. O Plano fundamenta-se na articulação entre políticas e ações intersetoriais com consonância com os objetivos da Política Nacional sobre Drogas (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 3.088 de 23 de dezembro de 2011 instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS. A finalidade da Rede é a ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes, dentre outros, do uso de crack (BRASIL, 2011).

### 3 MÉTODOS

A experiência relatada neste estudo teve como cenário uma Unidade de Saúde da Família localizada no bairro da Mangabeira do município do Recife/PE.

Mangabeira é bairro distante do chamado circuito cultural do Recife. Possui uma área de 3 quilômetros quadrado e uma população de 6.950 habitantes, sendo em média de 3.196 (45.6%) homens e 3.781 (54.4%) mulheres. (IBGE /CENSO 2010).

De acordo com a nova divisão de áreas da saúde do município, Mangabeira faz parte do Território de Saúde 1 (TS1), junto aos bairros: Derby, Graças, Espinheiro, Aflitos, Jaqueira, Parnamirim, Tamarineira, e Alto José do Pinho. Seus limites territoriais são ao norte, nordeste e leste com o bairro da Bomba do Hemetério, ao leste e sudeste com o bairro do Arruda, ao norte e oeste com o Alto José do Pinho ; e ao sul com o bairro da Tamarineira e ao sudoeste com Casa Amarela.

No território do bairro encontram-se os seguintes equipamentos de saúde: Hospital da Restauração, Hospital Maria Lucinda, Hospital Helena Moura, Policlínica Albert Sabin, AMEM, CPTRA, CPS- Esperança, USF Mangabeira, USF Irmã Denise, USF União das Vilas.

Em relação ao seu relevo, em sua via principal o terreno na maior parte plano e pouco íngreme e seco e, em outras vias, o terreno é plano e acometido por alagamentos. As áreas periféricas são configuradas por morros, becos e escadarias.

O bairro possui áreas de risco sujeitas a desabamentos devido ao desmatamento e a construção desordenada de moradias, representando um perigo para a população local, principalmente, nos períodos das chuvas. O perigo também se origina devido a grande presença de lixo.

A equipe de saúde começou a atender no bairro mangabeira no ano de 2001, no salão paroquial da Igreja Nossa Senhora de Fátima. No ano seguinte foi comprada uma casa na mesma rua do Salão Paroquial. No local era realizado o cadastramento das famílias e foi realizada a divisão de área.

Atuam na Unidade oito Agentes Comunitários de Saúde (ACS), uma enfermeira, uma técnica de enfermagem e uma médica.

A Unidade oferece serviços de pré-natal, puericultura, acompanhamento das crianças do nascimento aos dois anos de idade, Saúde da Mulher, imunização, grupos de gestante e saúde do homem, ações do Programa Hiperdia e visitas domiciliares.

#### **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

O Grupo de Familiares de Usuários de Crack foi criado no ano de 2012 com o incentivo e a iniciativa de um projeto de pesquisa do Programa de educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde), do Ministério da Saúde. O referido projeto previa a realização de entrevistas com os usuários de crack e promoveu uma interação Enfermeira e usuários.

O grupo funcionava todas as segundas-feiras a tarde em um espaço da Associação de bairro próximo à Unidade de Saúde da Família, a participação no grupo era por meio do convite da enfermeira ou do Agente Comunitário de Saúde.

Participavam do Grupo, em média, cinco mães e/ou companheiras de usuários de crack. A responsabilidade pela organização e condução das atividades do Grupo era da enfermeira da Unidade e o psicólogo do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), contudo, os demais profissionais das equipes eram convidados a participar.

Não havia programação de temas a serem abordados no Grupo, os participantes eram estimulados para expor suas experiências, suas dúvidas e angústias enfrentadas com os dependentes usuários de crack. Eram muitos os relatos, especialmente, em relação as alterações comportamentais, violência, furtos de objetos da família para a compra da droga e ameaças de traficantes.

Os fatores limitadores para a realização dos encontros do Grupo foram a baixa adesão e engajamento dos ACS à proposta, bem como a falta de uma prática na atenção psicossocial consolidada para o acolhimento e tratamento qualificado e eficaz para o uso de crack.

A duração do grupo foi de aproximadamente um ano, e, os motivos determinantes para o termino dos encontros do grupo foram muitos, dentre os quais é possível citar foram o receio dos ACS pela repressão que poderiam sofrer pelos traficantes, o problema da negação dos familiares em relação ao consumo do crack, o despreparo dos profissionais para trabalhar neste tipo de abordagem e a falta de equipamentos sociais para atender as demandas dos casos.

Minha vivência como enfermeira da USF Mangabeira em um grupo de familiares de usuários de crack fortaleceu meu vínculo com a comunidade e possibilitou cuidar da saúde destas pessoas de modo abrangente. Os relatos dos familiares dos usuários sempre me comoveram, são histórias de humilhações, fome, desesperado e pedidos de socorro dos próprios usuários escravizados pelo crack.

O Brasil está vivenciando uma acirrada luta contra o crack, uma das drogas de grande circulação no país e poder de destruição. A disseminação do crack foi rápida e tem sido devastadora para os usuários, suas famílias e para a sociedade. O problema é de responsabilidade social, dos governantes e atinge diretamente os profissionais de saúde que precisam aprender a intervir e cuidar nos âmbitos da prevenção ao consumo de drogas, especificamente do crack e na assistência aos casos de consumo.

Para enfrentar os problemas do consumo de crack são necessárias ações de promoção da saúde, de conscientização sobre o problema e suas repercussões sobre a sociedade e a saúde dos indivíduos, bem como, requer estruturar os serviços de atenção aos casos. As intervenções terapêuticas devem ultrapassar o âmbito biológico e abranger o contexto social e econômico (CRUZ, VARGENS, RAMÔA, 2011).

Os números da chamada epidemia do crack no Brasil evidenciam a necessidade de ampliação e fortalecimento dos serviços de atenção psicossocial na Rede de Atenção à Saúde, da articulação intersetorial e do envolvimento da sociedade no enfrentamento do problema (FIOCRUZ, 2013).

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A experiência de participar do Grupo de Familiares de Usuários de Crack permitiu muitas reflexões, acerca do meu papel profissional, da necessidade de uma intervenção contínua, de qualidade e efetiva para usuários e familiares, bem como, da sensibilidade dos profissionais e educação permanente para o enfrentamento das questões implicadas nos casos de dependência química.

Os usuários de drogas, especificamente, os usuários de crack, se tornam refém da dependência e seus familiares são codependentes, pois, também sofrem as consequências devastadoras do consumo destas substâncias. A dependência química, na maioria dos casos, está associada à violência, furtos, desagregação familiar, complicações do estado de saúde e exclusão social.

As ações da saúde devem prever, sobretudo, interdisciplinaridade e intersetorialidade para a oferta de uma atenção psicossocial abrangente. A estratégia de grupo de educação é uma dentre muitas necessárias. O trabalho em grupo favorece a interação entre os participantes, a discussão e reflexão sobre os aspectos do problema e fortalece o vínculo com os serviços de saúde.

Ainda há muitos fatores limitantes para consolidar a estratégia do trabalho em grupo, no caso do uso de crack na comunidade algumas particularidades como o tráfico de drogas dificultam a ação dos profissionais. Contudo, persistir na luta contra as drogas é uma necessidade no âmbito da saúde pública e assistência social.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas. Cad. Saúde Pública. 2009, vol.25, n.11, pp. 2309-2319.

BRASIL. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília. 2005.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 7.179 de 20 de maio de 2010. Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, 2010. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm) Acesso em 20 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack. 2011. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/pdfs/diretrizes-medicas-integral-crack-cfm.pdf> Acesso em 20 de maio de 2014.

Cruz, Marcelo, Vargens, Renata. e Ramôa, Marise. Crack, uma abordagem multidisciplinar. In: SENAD. Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. 2011. Brasília: SENAD, 194-214

FIOCRUZ. Estimativa do número de usuários de crack e/ou similares nas Capitais do País. 2013. Disponível em: <http://portal.fiocruz.br/pt-br/content/maior-pesquisa-sobre-crack-j%C3%A1-feita-no-mundo-mostra-o-perfil-do-consumo-no-brasil> Acesso em 20 de maio de 2014.

KESSLER, Felix, PECHANSKY, Flavio. Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do Crack na atualidade. Rev. Psiquiatr. 2008; vol 30, n. 2, pp.96-98.

ZEMEL, Maria de Lurdes de Souza. O papel da família no tratamento da dependência. Revista IMESC nº 3, 2001. pp. 43-63.