

TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:

conceitos e abordagens



Projeto financiado pela
União Europeia



Projeto executado
pela CNM



REINSERIR
PROJETO DE INTEGRAÇÃO LOCAL
PARA REINserÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE DROGAS



Projeto financiado pela
União Europeia



Projeto executado
pela CNM

© 2015. Todos os direitos reservados à Confederação Nacional de Municípios - CNM.

Esta publicação é uma realização da CNM com o apoio da Delegação da União Europeia no Brasil. O conteúdo desta obra é de responsabilidade única da CNM e não reflete necessariamente a visão da União Europeia.



Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons: Atribuição - Uso não comercial - Compartilhamento pela mesma licença 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte. A reprodução não autorizada para fins comerciais constitui violação dos direitos autorais, conforme a Lei 9.610/1998.

As publicações da Confederação Nacional de Municípios - CNM podem ser acessadas na íntegra, na biblioteca online do Portal CNM: www.cnm.org.br

Realização

Confederação Nacional de Municípios – CNM

Apoio

Delegação da União Europeia no Brasil

Presidente da CNM

Paulo Ziulkoski

Diretor-Executivo

Gustavo Cezário

Coordenação do Projeto

Eduardo Stranz

Rosângela da Silva Ribeiro

Assistente de Projeto

Camila Pacífico

Daniel Cesário Baesso

Assessoria Internacional

Tatiane de Jesus

Elaboração

Mariana Boff Barreto

Poliana Dantas da Nóbrega

Rosângela da Silva Ribeiro

Revisão de Texto

Keila Mariana de A. O. Pacheco

Projeto Gráfico e Diagramação

Késsya Moraes

Ficha Catalográfica

Tratamento da dependência química: conceitos e abordagens. Confederação Nacional de Municípios – CNM – Brasília: CNM, 2015.

[60p.]

1. Tratamento. 2. Redução de danos. 3. Construção de redes. I. Título: Tratamento da dependência química: conceitos e abordagens.



SCRS 505, Bloco C, Lote 1 - 3º andar - Asa Sul - Brasília/DF - CEP 70350-530

(61) 2101-6000 - Fax: (61) 2101-6008

atendimento@cnm.org.br | www.cnm.org.br

Sumário

Carta do Presidente	06
Introdução	07
Capítulo 1	08
Grupos específicos de usuários, seus fatores de risco e proteção	08
Adolescentes	08
A questão familiar	09
Os fatores ambientais	11
A sexualidade	11
Mulheres	13
Idosos	16
Capítulo 2	19
Tratamento	19
Princípios gerais	19
Formas de tratamento	23
Prevenção de recaída	30
Competências do SUS por nível de atenção	31
Capítulo 3	43
Redução de danos (RD)	43
Conceito	43
Estratégias de Redução de Danos	45
Redução de Danos no Brasil	47
Capítulo 4	49
Construção de Redes de Cuidado e Proteção	49
Conceito de Rede e sua Construção	50
Passos para criação de um Comad	52
Conclusão	55
Bibliografia	56

Carta do Presidente

A questão do uso do crack e de outras drogas, realidade que vem afetando todos os segmentos da sociedade e que traz uma larga variedade de consequências negativas, se apresenta como mais um desafio para a gestão municipal.

Estratégias específicas estão sendo desenvolvidas pelos gestores municipais. Em sua maioria, elas contam com recursos próprios – realidade que vem se mostrando insuficiente para atender a uma situação crescente. Diante desses fatos, a Confederação Nacional de Municípios (CNM), em parceria com a União Europeia, começou a desenvolver uma iniciativa extremamente significativa no Brasil: trabalhar a intersetorialidade para a reinserção social dos dependentes químicos.

O Projeto Reinsereir – Integração Local para a Reinserção Social do Usuário de Drogas visa à estruturação de ações que facilitem um diálogo entre as autoridades locais e a sociedade civil, contribuindo para a prevenção ao uso de drogas e a reinserção socioeconômica de dependentes químicos em situação de vulnerabilidade e risco social.

Os Municípios da 4ª Região Geoadministrativa do Estado da Paraíba aceitaram o desafio de trabalhar essa temática juntamente com a CNM. Nossa expectativa é de que o trabalho em conjunto nos permita alcançar resultados positivos diante desse problema que tanto preocupa nossa sociedade.

Paulo Ziulkoski
Presidente da CNM



Introdução

Dentre as dificuldades e os desafios enfrentados pelos gestores e técnicos municipais em relação à dependência química, talvez o tratamento seja o maior deles, seja pelo financiamento seja pelas competências de cada política para tratar a questão.

Sendo assim, dentro da proposta de capacitação, o Projeto Reinsere disponibiliza nesta cartilha informações relacionadas ao tratamento de dependentes químicos.

Para pensarmos o tratamento e buscarmos apoio a fim de que ele seja disponibilizado nos Municípios, é necessário compreender seu conceito, os tipos disponíveis, o que o Sistema Único de Saúde (SUS) dispõe em relação aos níveis de atenção dentro do tratamento – por exemplo, o que uma unidade básica de saúde pode fazer no tratamento do usuário de drogas.

Mas também é necessário compreender que para além do tratamento temos pontos que precisam ser abordados dentro dessa temática, como a modificação dos espaços de convivência nos Municípios. Para isso, vamos falar de participação social pensando cooperação, ou seja, como os conselhos municipais podem contribuir para apoiar as ações de tratamento trabalhadas pelas políticas de saúde e assistência social.

Afinal, o meio em que vivemos também nos influencia, assim como a dinâmica da nossa comunidade.

Nosso objetivo é fazer com que cada profissional envolvido nesse projeto possa pensar o que um usuário de drogas em busca de tratamento deve ter acesso em relação aos serviços do Sus, e o que a comunidade pode fazer para democratizar informações ou ações que fortaleçam a mudança social.

Desejamos uma excelente leitura, e que este material possa contribuir para o desenvolvimento de trabalhos em rede.



CAPÍTULO 1

Grupos específicos de usuários, seus fatores de risco e proteção

Adolescentes



A palavra “adolescência” tem sua origem etimológica no Latim “ad” (para) + “olescere” (crescer) e significa “engrossar, tornar-se maior, atingir a maioridade”. Pensar na etimologia desta palavra permitiu que alguns pesquisadores concluíssem que este é um momento crucial da vida e constitui a etapa decisiva de um processo de desprendimento, que começou com o nascimento. As modificações psicológicas e corporais que ocorrem neste período determinam um novo modelo de relação com o mundo ao seu redor.

É nesta etapa que surgem curiosidades, questionamentos e a vontade de experimentar o novo, mesmo sabendo dos riscos.

Nesse momento de procura pela identidade, as drogas podem ser uma ponte que permite o estabelecimento de laços sociais, propiciando ao indivíduo o pertencimento a determinado grupo de iguais, ao mesmo tempo em que permite a busca por novos ideais e novos vínculos, diferentes do seu grupo familiar de origem.

É sabido que os jovens podem passar muito rapidamente de um estágio de consumo para outro, ou mesmo vir a fazer a utilização de diversas drogas ao mesmo tempo. Por outro lado, uma grande parcela deles diminui significativamente o consumo no início da idade adulta para adequar-se às expectativas e às obrigações da maturidade. Entretanto, vários estudos demonstram associação entre precocidade do uso de drogas e desenvolvimento de dependência.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o álcool é o entorpecente mais consumido por crianças e adolescentes no Brasil. A utilização geralmente ocorre em episódios chamados de binge, onde o uso é em grande quantidade. A idade média para o primeiro uso de álcool é de 12,5 anos.

A QUESTÃO FAMILIAR



A instituição familiar é o eixo que move as relações sociais dos indivíduos. Desta forma, compreende-se que a família, como instituição socializadora, deveria ser conhecida desde seus primeiros modelos de constituição até aos moldes mais contemporâneos, onde sua estrutura toma diversas formas.

Usualmente, alguns pais, que em dado momento deixam de ter uma criança e defrontam-se com um adolescente, sentem-se perdidos. A provável maturidade dos filhos pode causar uma condição conflituosa, mas quando há aceitação de que eles precisam mostrar que têm vontade própria e independência, essa fase ocorre de maneira mais tranquila.

Neste momento de questionamentos pode ocorrer a inicialização do uso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas. É neste ponto que a família pode auxiliar, reconhecendo sua parcela de participação quando da questão de drogadição entre adolescentes. Não é factível depositar toda responsabilidade no jovem nem mesmo em suas companhias. Essas ações não solucionam o problema e não são condizentes com a realidade.

Vale ressaltar que o uso de drogas na adolescência pode ocorrer por inúmeros fatores: chamar atenção dos familiares ou até mesmo ser uma medida extrema em que o adolescente grita por limites ausentes. Os jovens precisam de limites, pois ignorar o fato abre espaço para que a problemática se agrave e fuja do controle rapidamente.

Culturalmente vivemos em uma sociedade que por um lado promove um conjunto de normas bem definidas, comportamentos rigidamente moldados e dogmas incontestáveis. Por outro, ostenta uma política de pretensa aceitação e acolhimento de toda uma cultura jovem. Este tipo de dualidade forja profundas desorientações no adolescente, de maneira que, a cada tentativa de trazer às claras suas expressões renovadas, se levanta contra ele um leque de pressões e imposições.



OS FATORES AMBIENTAIS

A complexidade de fatores envolvidos no uso e/ou abuso de drogas deve ser avaliado dentro de diversos contextos biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

A grande disponibilidade e normas da sociedade favoráveis ao uso de determinadas substâncias facilitam o acesso dos jovens. A exemplo disso, temos a fiscalização insuficiente em relação à venda de bebidas alcoólicas para menores de 18 anos.

O consumo de entorpecentes no ambiente familiar aparece também como fator agravante, além de estudos genéticos evidenciando que filhos de pais dependentes de álcool e/ou drogas apresentam risco quatro vezes maior de se tornarem dependentes.

Cientistas demonstraram que fatores ambientais e genéticos interagem: a hereditariedade foi maior para o abuso/dependência de álcool, cocaína, maconha e estimulantes, enquanto que os fatores ambientais contribuíram mais para o uso inicial e ocasional delas.

A constituição familiar que busca ensinar o jovem a lidar com limites e frustrações é de fundamental importância. Indivíduos que crescem em um ambiente com regras definidas geralmente são mais seguros e desenvolvem recursos internos para lidar com as frustrações.

A SEXUALIDADE

A adolescência é o período em que ocorrem transformações físicas e emocionais importantes, preparando a criança para assumir um novo papel perante a sociedade e a família. A criança se desenvolve e amadurece, ficando apta a usufruir de sua sexualidade, firmando, assim, sua identidade sexual.

A fase onde há modificações no corpo chama-se puberdade. Ocorre a primeira menstruação nas meninas (menarca), as poluções masculinas (ejaculações espontâneas sem coito), o crescimento de pelos no corpo, a



mudança de voz nos rapazes e o amadurecimento da genitália. Os instintos sexuais tornam-se aflorados, e dessa forma ocorre a percepção do outro como objeto de desejo e propiciador de prazer.

Com a internet e a pouca censura nos meios de comunicação de massa, há um apelo sexual frequente e precoce, expondo os jovens a situações ainda não bem compreendidas por eles.

Nesta etapa da vida em que muitos são tímidos ou mesmo sentem vergonha das transformações que vêm ocorrendo, a iniciação do uso de drogas pode acontecer, pois as ações de algumas delas causam a desinibição e também o aumento do desejo sexual, o que pode deixar os indivíduos mais propensos a práticas sexuais de risco. De acordo com alguns estudos realizados com usuários de álcool, *ecstasy*, anfetaminas, maconha e cocaína, é clara a existência de uma relação entre a presença do consumo de drogas e o aumento da incidência das práticas sexuais de risco, incluindo o avanço da infecção pelo vírus da Aids.

Perante o exposto, faz-se necessário identificar o público-alvo com maiores chances de desenvolver problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e dessa forma tratar a questão com proximidade e conhecimento.

PARA CONHECIMENTO

O risco de um adolescente se tornar dependente de drogas envolve a análise dos fatores de risco e proteção aos quais foi exposto.

A disponibilidade e o fácil acesso às drogas, o desinteresse pela vida familiar e a falta de compromisso com as ações cotidianas são fatores considerados de risco.

No contraponto estão os fatores de proteção. Ofertar o empoderamento no quesito dos Direitos Humanos, o bom relacionamento familiar e noções claras de limites aproxima os indivíduos e os tornam menos expostos aos perigos de desenvolver a toxicod dependência.

Mulheres

Embora os homens sejam os líderes na taxa de uso de crack e cocaína, o índice de dependência entre as mulheres usuárias de drogas foi de 54% em levantamento feito pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). A diferença entre gêneros é oito pontos percentuais, ou seja, nos homens o índice de dependência determinado foi de 46%. A explicação de especialistas é que o organismo delas é mais vulnerável à ação dos entorpecentes, por isso, os casos são mais numerosos.

Para uma das autoras do “mapa do uso do crack e cocaína no Brasil”, já é sabido que a progressão da dependência é mais rápida entre mulheres, pois estudos anteriores mostram que os hormônios femininos (principalmente o estrogênio) podem estar envolvidos nesta maior vulnerabilidade.

Por causa dos hormônios, a conexão das drogas com o cérebro é mais rápida e elas precisam de menos tempo de uso e menor quantidade de entorpecentes para se tornarem dependentes.

Conforme divulgado em estudo da Organização Mundial de Saúde (OMS) feito com mulheres brasileiras, a estrutura hormonal feminina aparece como uma das razões para as jovens com idades entre 24 e 35 anos serem líderes em consumo exagerado de álcool.

Juntamente aos fatores fisiológicos estão as questões comportamentais que favoreceram o uso de crack, cocaína e outras drogas. Segundo pesquisadores, até meados da década de 1980, não era socialmente aceito que a população feminina consumisse qualquer tipo de droga.

A razão registrada pelos centros de atendimento da época era de uma mulher para cada 5 homens usuários. Hoje, na faixa etária abaixo dos 30 anos, a relação é de 1 caso feminino para 1 masculino, indicou levantamento feito pelo Instituto de Psiquiatria da Universidade de São Paulo.



Mesmo a questão da quantidade de mulheres dependentes de drogas ser numerosa, ainda existem inúmeras barreiras para que elas busquem ajuda especializada. Em grupos de estudo da Unifesp e da USP, as mulheres que procuram auxílio possuem até 10 anos a mais de uso crônico de drogas do que os homens. Entre as justificativas apontadas estão: preconceito, vergonha e algumas limitações, como a impossibilidade de deixar os filhos em casa para ser submetida a uma internação de 3 meses.

Existem alguns fatores de risco relacionados ao uso de álcool e outras drogas que são notórios e recorrentes:

- Idade: mulheres mais jovens são usuárias de álcool e outras drogas com maior frequência do que as mais idosas;
- Ter um parceiro (namorado/marido) com problemas relacionados ao uso de drogas lícitas ou ilícitas;
- Ter sofrido abuso físico, emocional ou sexual na infância ou ter sido vítima de violência nos relacionamentos amorosos na idade adulta;
- Ter tido problemas de comportamento na infância relacionados ao controle de impulsos;
- Fatos estressantes durante a infância e a adolescência, como morte de um dos pais, privação econômica e doença na família também aumentam a chance de problemas decorrentes do uso abusivo de droga.



GRAVIDEZ



PARA CONHECIMENTO

Existe a necessidade clara do desenvolvimento de políticas públicas para as mulheres dependentes, e que estas contemplem as áreas de prevenção, tratamento e reinserção social destas usuárias.

Há também de se avaliar e disponibilizar tratamentos diferenciados para gestantes que são toxicodependentes, pois é de conhecimento que esse feto poderá desenvolver inúmeras lesões, desenvolvimento anormal e até mesmo ser levado à morte.



Idosos

Um tema que vem preocupando os profissionais da área da saúde é o uso de álcool e outras drogas entre idosos. A observação no aumento de admissões em unidades de pronto-atendimento e a busca por tratamento associados ao uso dessas substâncias têm chamado a atenção dos técnicos que trabalham com essa demanda.

De fato, nota-se que é raro falar desses problemas entre idosos, pois eles dificilmente reconhecem o uso de tais entorpecentes como problemático e possuem dificuldade em se engajar em tratamentos, portanto, é um grupo subidentificado.

O uso de tabaco e álcool, embora bastante tratado pela literatura, é pouco explorado quando voltado para a população idosa. Se considerarmos o uso de drogas ilícitas como maconha, cocaína e crack, os estudos são mais escassos ainda.

O consumo abusivo de álcool na terceira idade pode ser classificado em dois tipos.

O grupo denominado de **início precoce** já apresentava dependência de álcool anteriormente à chegada da velhice. Eles tendem a beber abusivamente, apresentar histórico de tratamentos, desempenho social comprometido e menor suporte social.

Já o grupo chamado de **início tardio** abarca as pessoas que desenvolveram a dependência durante a velhice. Nesse agrupamento, existem alguns motivos para o aparecimento tardio da utilização de drogas: a piora do desempenho físico e cognitivo, tornando os indivíduos mais suscetíveis aos efeitos do álcool, mesmo que o padrão de consumo se mantenha estável; e o aumento do consumo nesse período, associado a perdas e a outros eventos estressantes como a morte de entes queridos, aposentadoria e o surgimento de doenças físicas ou psíquicas.



Esse grupo tende a apresentar um quadro de dependência desenvolvido a partir de momentos de crise. Geralmente encontram suporte social familiar e entre amigos.

Dados de uma pesquisa realizada no Brasil em 2008 revelaram que 12% dos entrevistados com mais de 60 anos foram classificados como bebedores pesados (consumo de mais de 7 doses por semana), 10,4% como bebedores pesados episódicos (consumo de mais de 3 doses em uma única ocasião) e quase 3% foram diagnosticados como dependentes.

Ainda nesse estudo, os transtornos relacionados ao álcool em idosos estão mais associados ao sexo masculino e aos que são economicamente desfavorecidos.

No recorte de gênero, as idosas representam um subgrupo que merece atenção específica, já que para elas a progressão do uso à dependência tende a ocorrer mais rapidamente e as consequências adversas iniciam-se mais precocemente. Além disso, elas estão mais propensas que os homens a utilizarem medicamentos de prescrição, como antidepressivos, tranquilizantes, analgésicos, sedativos e estimulantes.

Quando se trata do uso de drogas ilícitas, existem pouquíssimas publicações. O que fica claro é que o uso de drogas injetáveis é associado ao aumento no número de pessoas portadoras de hepatite C e HIV, não diferente do restante da população que faz uso de drogas dessa maneira.





VOCÊ SABIA?

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial, apontando a necessidade de estudos sobre temas que, até pouco tempo, não eram associados aos idosos, como o uso de drogas.

As necessidades da população idosa no Brasil, cujo contingente tem crescido em ritmo acelerado nas últimas décadas, precisa de um olhar mais acertado no tocante às políticas, requerendo ações efetivas sob a coordenação de equipes técnicas multidisciplinares.

A drogadição em idosos não é um fenômeno isolado para ser tratado apenas do ponto de vista clínico. Essa questão deve considerar aspectos do contexto social a fim de que se construam estratégias integradas para a busca de soluções efetivas.

CAPÍTULO 2

Tratamento

Princípios gerais



Embora existam relatos de situações de alcoolismo datados da antiguidade, as primeiras abordagens terapêuticas para o tratamento de usuários de drogas são do século XIX. Ainda hoje, a questão da dependência química gera inúmeras pesquisas que buscam avaliar quais tratamentos são verdadeiramente eficazes.

Pelo que consta, os resultados positivos de um tratamento vão muito além do modelo utilizado e incluem, entre outros fatores, o tipo de droga usada, o perfil psicológico do dependente, o grau da dependência, a estrutura familiar, a vontade de parar o uso e doenças associadas.

Geralmente os indivíduos que apresentam problemas com drogas pertencem a grupos heterogêneos e necessitam de tratamentos diferentes.



Fatores relacionados à gravidez, idade, orientação sexual, gênero, comorbidades clínicas (HIV e tuberculose, por exemplo) ou psiquiátricas podem requerer abordagens específicas.

A maioria das pessoas que são dependentes químicos acreditou, em algum momento, que poderia cessar o uso das substâncias sem auxílio ou tratamento. Apesar de alguns efetivamente conseguirem (aproximadamente 30% a 40%), a maior parte apresenta tentativas frustradas.

Para os profissionais que trabalham com esse tipo de demanda, é necessário conhecimento dos efeitos agudos e crônicos das substâncias, das formas e dos padrões de uso mais típicos.

Depois de décadas de pesquisas em relação aos tratamentos para pessoas que sofrem com a toxicodependência, o *National Institute of Drug Abuse (NIDA)* desenvolveu alguns princípios que norteiam os profissionais que trabalham na área.

1. **Dependência é uma doença tratável que afeta tanto a função cerebral quanto o comportamento do indivíduo:** as substâncias de abuso alteram o funcionamento e a estrutura do cérebro. Esse fato pode nos ajudar a entender por que acontecem recaídas mesmo após muito tempo de abstinência.
2. **Nenhum tratamento é apropriado para todos:** o ambiente de tratamento, o tipo de intervenção e os tipos de serviços necessários devem ser individualizados de acordo com os problemas apresentados por cada paciente. Isso aumentará a chance de recuperação e retorno a um bom funcionamento familiar, no trabalho e na sociedade.
3. **O tratamento deve ser prontamente acessível:** tendo em vista que a dúvida sobre se tratar ou não é comum, ter o tratamento disponível no momento em que o usuário decide procurar ajuda é muito importante. Como qualquer doença crônica, quanto antes for tratada, maior a chance de sucesso.

4. **Os tratamentos efetivos atendem às múltiplas necessidades do indivíduo, não somente o uso de substâncias:** para ser efetivo, o tratamento precisa abordar também os problemas médicos, psicológicos, sociais, vocacionais e legais do paciente. Eles devem ser apropriados à idade, ao gênero e à cultura do indivíduo.
5. **Permanecer em tratamento por um período adequado é fundamental:** o tempo apropriado irá depender da gravidade dos problemas apresentados pelo usuário. A maioria das pesquisas indica que são necessários ao menos 3 meses em tratamento para que se consiga reduzir ou parar o uso. Como ocorrem recaídas, o tratamento precisa ser ajustado, e os programas devem incluir estratégias para engajar e manter os pacientes interessados.
6. **Terapias individuais e em grupos são os tipos de tratamento mais comumente usados para tratar problemas com substâncias:** as terapias comportamentais variam e podem incluir motivação do paciente, incentivos para a abstinência, estímulo a atividades prazerosas (não associadas ao uso de drogas), melhora nas relações interpessoais, entre outras. Além disso, a participação em grupos de autoajuda durante e após o tratamento pode ajudar a manter a abstinência.
7. **Medicações são elementos importantes do tratamento para muitos pacientes (não todos), especialmente quando combinado a outros tratamentos:** para algumas substâncias como álcool, nicotina e opioides, há medicações que comprovadamente auxiliam no tratamento da dependência.
8. **O plano de tratamento deve ser revisto continuamente e modificado de acordo com as necessidades dos pacientes:** um dependente químico requer uma variedade de combinações de serviços e componentes de tratamentos durante o curso da recuperação. Além da terapia individual ou em grupo, pode haver necessidade de medicações, servi-



ços médicos, terapia de família, reabilitação vocacional, serviços sociais, auxílio legal, entre outros. As necessidades vão mudando ao longo do tempo e precisam ser reavaliadas continuamente.

9. **Muitos indivíduos que apresentam problemas na utilização de drogas têm também outro transtorno mental:** todos os pacientes devem ser avaliados para a presença de outro transtorno mental pela alta frequência com que isso ocorre. Quando detectada, as duas patologias devem ser tratadas, incluindo o uso de medicações.
10. **A desintoxicação é somente o primeiro estágio do tratamento e por si só tem pouco impacto em longo prazo:** a desintoxicação sozinha raramente é suficiente para ajudar a atingir a abstinência. Portanto, os pacientes devem ser encorajados a continuar o tratamento após a desintoxicação.
11. **O tratamento não necessita ser voluntário para ser efetivo:** o tratamento involuntário e/ou compulsório através da justiça, da família ou do trabalho, às vezes se faz necessário, onde pode ocorrer automaticamente a adesão do paciente, levando ao sucesso do tratamento.
12. **O uso de substâncias deve ser monitorado durante o tratamento:** saber que o uso de drogas está sendo monitorado pode ajudar o paciente a se manter abstinente. Além disso, permite a detecção e a intervenção precoce do problema, caso o paciente tenha um lapso ou uma recaída.
13. **Os programas de tratamentos devem avaliar a presença de HIV, hepatites B e C, tuberculose e outras doenças infecciosas, além de intervenções para reduzir comportamentos de risco:** todos os pacientes devem ser avaliados para essas patologias infecciosas, orientados sobre como diminuir comportamentos de risco e encaminhados para tratamento adequado quando estiverem infectados.



FORMAS DE TRATAMENTO

É fundamental uma avaliação cautelosa e extensa do indivíduo para verificar a necessidade de encaminhamento ao tratamento. Na maioria das vezes, os melhores programas para tratar a dependência de substâncias psicotrópicas oferecem uma combinação que incluem terapias e outros serviços que se adequem às necessidades individuais de cada pessoa.

As questões abordadas durante este primeiro contato com o toxicômano devem verificar o perfil psicossocial, se existem comorbidades clínicas e psiquiátricas e o histórico de tratamentos.

A necessidade de tratamento é maior quando o indivíduo apresenta um consumo amplo de drogas, e todo paciente que apresenta um potencial prejuízo devido a esse consumo deve ser encaminhado para tratamento e acompanhamento.

Existem diversos meios para trabalhar a situação, sendo a escolha decidida pela indicação clínica realizada pela deliberação de especialistas em diferentes áreas. Vamos conhecê-las agora?

Desintoxicação



A primeira etapa, e uma das mais significativas para que a desintoxicação tenha sucesso, é o paciente entender a sua dependência. Mas em que ela consiste? Cada caso é um caso, mas geralmente os passos são assim:

- **Passo 1:** o toxicodependente precisa ir apenas uma vez ao dia no centro de reabilitação para fazer o tratamento.
- **Passo 2:** o paciente passa o dia ou a noite no estabelecimento de reabilitação.
- **Passo 3:** internação, que só é realizada em casos onde o paciente coloca em risco a sua vida ou a de outras pessoas.

Mas, em qualquer uma das opções, os objetivos são o alívio dos sintomas existentes, a prevenção do agravamento do quadro e o engajamento do indivíduo no tratamento.

Grupos de Autoajuda



Muitos dependentes químicos conseguem alcançar a sobriedade com participações em Grupos de Apoio ao Dependente Químico, também conhecidos como Grupos de Autoajuda.

Por meio da troca de experiências, desenvolve-se um vínculo e uma responsabilidade com a recuperação. Os dependentes se fortalecem entre si, sempre um dando forças para o outro, na intenção de que permaneçam sóbrios até a próxima reunião.

No Brasil, temos muitos desses grupos, mas os mais conhecidos são o Alcoólicos Anônimos (AA) e o Narcóticos Anônimos (NA), que são programas populares e que, de acordo as pesquisas, costumam ser bem-sucedidos na recuperação para os transtornos por uso abusivo de álcool ou outras drogas. De forma gratuita, a distribuição se dá em todo território nacional.

Apoiando os dependentes químicos, o trabalho é desenvolvido e orientado pela experiência dos demais participantes e suas identificações, estimulando uma rede saudável de contato e apoio social.

Comunidades terapêuticas



Como o próprio nome afirma, “Comunidade” é um local onde os toxicodependentes moram por um tempo, em unidade, pelo mesmo bem comum.



O que une os pacientes é que todos que lá estão convivendo possuem a mesma doença, a dependência química.

Normalmente esses locais não fazem tratamento com remédios, são instituições privadas, algumas sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas, de adesão exclusivamente voluntária.

O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários.

Vale ressaltar a necessidade de verificar se a comunidade terapêutica segue a legislação, essa informação pode ser verificada junto à Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), ao Ministério da Saúde e à Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (Febract).

Tratamentos farmacológicos



Os tratamentos medicamentosos para dependência química foram desenvolvidos nas últimas décadas para ajudar no tratamento da doença. Lamentavelmente, nem todos os usuários de drogas que buscam recuperação conseguem se libertar da dependência sem fazer o uso de remédios.

Entretanto, não existe remédio milagroso que cure a dependência!

O fármaco sempre deve ser usado em conjunto com outros tratamentos e eles agem de diversas maneiras, mas sempre com o intuito de causar aver-

são à droga, substituir os efeitos da substância, bem como tratar sintomas de intoxicação e abstinência.

Tratamentos psicossociais

Das inúmeras formas de tratamento, as mais usadas são as abordagens psicossociais, que são disponibilizadas nos diversos níveis do sistema de saúde: em Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-ad), em postos de saúde e em hospitais em geral.



De maneira breve, as formas mais conhecidas de tratamentos psicossociais serão narradas abaixo:

Entrevista Motivacional (EM)

É uma abordagem que visa a motivar o paciente a desenvolver certo grau de comprometimento, levando a decisão de mudar seu comportamento. Tem como objetivos ajudar a pessoa a reconhecer e a fazer algo a respeito de seus problemas, portanto, pode ser utilizada em qualquer fase do tratamento (com pacientes que buscaram e com os que não buscaram ajuda).



É particularmente útil com pessoas que apresentam mais resistência em mudar e possui cinco princípios básicos:

1. **Expressar empatia:** escutar respeitosamente o indivíduo, tentando compreender o seu ponto de vista, ainda que não concordando necessariamente com ele.
2. **Desenvolver discrepância:** conduzir o usuário a visualizar os seus objetivos de vida, contrastando com o seu comportamento atual, para poder criar uma percepção de incompatibilidade entre os atos e os seus objetivos.
3. **Evitar discussões:** evitar confrontações diretas, promovendo reflexões com eventuais aconselhamentos sobre o tema em questão.
4. **Acompanhar com a resistência:** não se deve impor novas visões ou metas, mas convidar o indivíduo a vislumbrar novas perspectivas que lhe são oferecidas.
5. **Promover a autoeficácia:** é exercer a crença do próprio indivíduo na sua habilidade de executar uma tarefa ou resolver um problema, e deve sempre ser estimulada.

Aconselhamento

É a intervenção psicossocial mais utilizada em dependência química e contribui para uma evolução positiva do tratamento. Consiste, fundamentalmente, em apoio, proporcionando estrutura, monitoração, acompanhamento da conduta e encorajamento da abstinência. Proporciona, também, serviços ou tarefas concretas, tais como: encaminhamento para emprego, serviços médicos e auxílio com questões legais.

Intervenções breves

Utilização de técnicas comportamentais para alcançar a abstinência ou a moderação do consumo. São contatos breves nos serviços de atenção básica à saúde e baseiam-se no modelo dos estágios de mudança. É uma técnica de curta duração que pode ser utilizada por profissionais não especializados.



Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)

É um modelo de terapia que ajuda o paciente a se conhecer, ou seja, ajuda a pessoa a conhecer melhor o seu modo de conceber, por meio dos pensamentos e sentimentos (cognição), seus modos de agir (comportamento).

A abordagem básica pode ser resumida em “reconhecer, evitar e criar habilidades para enfrentar” as situações que favorecem o uso de drogas. As sessões seguem uma estrutura padronizada, e os indivíduos têm papel ativo no tratamento.

Terapia de Grupo e de família

O desenvolvimento da primeira técnica é uma alternativa para atender a um maior número de pessoas, em menor tempo, e com um custo mais acessível. É considerada uma alternativa efetiva e viável. Esse tipo de tratamento vem ocupando um espaço amplo, porém seu estudo ainda é restrito, pois exige uma metodologia de avaliação muito rigorosa.

Já a segunda técnica pode trazer novos dados de fundamental importância no esclarecimento do diagnóstico e no tratamento do paciente.

Quando se percebe que o conflito familiar interfere diretamente no tratamento, costuma-se indicar terapia de família, que visa a melhorar a comunicação entre cada um de seus componentes e abordar a ambivalência de sentimentos. Ela pretende reforçar positivamente o papel do dependente químico na família, levando a uma melhor adaptação no seu funcionamento social.



Prevenção de recaída

A questão da recaída é considerada por muitas pessoas um fracasso, mas é importante saber que, durante o tratamento da dependência em substâncias psicotrópicas, não é somente possível como provável que existam essas situações.

Esse processo de abstinência/recaída/abstinência deve auxiliar o terapeuta no conhecimento dos fenômenos psicológicos envolvidos na dependência de drogas e não deve ser visto como um desestímulo ao tratamento.

Como qualquer outro tratamento de doenças crônicas, o da dependência química requer avaliações contínuas e modificações para que seja melhor adaptada ao paciente.

Não há uma técnica 100% eficaz ou aceita incondicionalmente para realizar a prevenção à recaída, mas existe uma série de manuais à disposição.

De maneira geral, as abordagens para trabalhar este tipo de demanda incluem uma série de capacidades para estimular ou manter a abstinência. Desta forma:

- Reconhecer a fissura e desenvolver táticas para enfrentá-la;
- Identificar decisões aparentemente insignificantes que podem terminar em situações de risco;
- Diminuir a disponibilidade, a exposição e os gatilhos relacionados à droga;
- Encorajar a tomada de decisão de cessar a utilização de drogas, apontando as consequências do uso, positivas e negativas;
- Desenvolver habilidades de recusa e confrontar pensamentos sobre a droga;
- Preparar o indivíduo para emergências e enfrentamento da recaída no uso de substâncias.

Competências do SUS por nível de Atenção

A constituição brasileira de 1988, em seu art. 6o, determina a saúde como um direito social, sendo dever do Estado sua garantia. Em 1990, a sociedade realizou manifestações intensas em busca dessa garantia, corroborando para a criação da Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990). Essa lei é um marco histórico e tem como finalidade promover e proteger a saúde, dispondo do SUS (Sistema Único de Saúde) como o sistema que desenvolverá um conjunto de ações e serviços no âmbito da saúde pública de todos os brasileiros e brasileiras.

Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas

Os pressupostos e as diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas são pautados em estratégias que visam ao fortalecimento da rede de atenção aos usuários, com ênfase na reabilitação e na reinserção social, centrada na atenção comunitária e na perspectiva de redução de danos. As políticas públicas com ações ampliadas e intersetoriais produzem a construção de uma rede de cuidado diferente dos pressupostos antigos, onde o usuário era retirado do seu convívio social e alocado em um hospital psiquiátrico.

Quando se pensa no caminho que o usuário e sua família percorrem na rede de saúde SUS, incluímos:

Rede da assistência social, Entidades comunitárias, Redes não necessariamente inseridas no sistema de saúde, mas que de alguma forma participam desta, garantindo assistência às necessidades de saúde do usuário (PINHEIRO E MATTOS, 2006).



A rede, assim, tem o dever de garantir o tratamento e a atenção humanizada aos usuários de drogas e suas famílias. É necessário, também, que os serviços do SUS tenham o compromisso de criar e manter equipamentos, qualificar profissionais, formular políticas de saúde em articulação com outras áreas, executar e avaliar tais políticas; fortalecer seu caráter de rede, incitando outras redes à conexão. Para tanto, é necessária a construção de vínculos, da corresponsabilidade e de uma perspectiva ampliada da clínica, a fim de transformar os serviços em locais de acolhimento e enfrentamento coletivo das situações ligadas ao problema de drogas.

No Brasil, a partir do ano de 2000, podem ser observadas mudanças significativas no conteúdo da legislação brasileira sobre drogas. Por mais que tais políticas permaneçam alinhadas ao discurso proibicionista, a atenção à saúde volta-se agora para as ações de prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social. A Lei 10.409/2002 afirma que “o tratamento do dependente ou usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família”.

É importante frisar a importância da Equipe com a abordagem multidisciplinar, que se refere ao trabalho e ao estudo de diversos profissionais em determinado assunto e/ou área para atuar na rede de atenção de forma integralizada. Há também a abordagem interdisciplinar, que se refere ao trabalho e ao estudo de diversos profissionais em determinada área, implicando necessariamente a integração destes para uma compreensão mais ampla do assunto. Os diversos profissionais que podem fazer parte da rede são: médicos, assistentes sociais, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, dentre outros, que aliados ao saber do usuário podem ofertar a melhor proposta de tratamento.

A política aponta que o SUS deve garantir atenção especializada aos usuários de álcool e outras drogas, até então contemplada predominantemente por instituições não governamentais, como as comunidades terapêuticas e os grupos de autoajuda e de ajuda mútua, construindo uma rede de



atenção ao usuário, valendo-se da implementação de Centros de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPSad)

O CAPSad deve desempenhar o papel estratégico de ordenamento da rede em seu território de atuação, promovendo a articulação necessária entre os mais variados dispositivos comunitários sociais e de saúde para a integralidade da atenção e da inclusão social de usuários e familiares acompanhados.

Rede de Atenção

Sabe-se que o quadro epidemiológico atual do Brasil apresenta significativo crescimento do consumo de substâncias psicoativas, especialmente, de álcool, cocaína, crack e inalantes.

As competências do SUS para a demanda de cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas são bem explicitadas a partir da Portaria 3.088, de 2011, que cria, amplia e articula 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. As diretrizes destacadas para o funcionamento da Rede de Atenção Psicossocial são:

- Respeito aos direitos humanos, garantindo a autonomia e a liberdade das pessoas;
- Promoção da equidade, reconhecendo os determinantes sociais da saúde;
- Combate a estigmas e preconceitos;
- Garantia do acesso e da qualidade dos serviços, ofertando cuidado integral e assistência multiprofissional, sob a lógica interdisciplinar;
- Atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas;
- Diversificação das estratégias de cuidado;
- Desenvolvimento de atividades no território, que favoreça a inclusão social com vistas à promoção de autonomia e ao exercício da cidadania;



- Desenvolvimento de estratégias de Redução de Danos;
- Ênfase em serviços de base territorial e comunitária, com participação e controle social dos usuários e de seus familiares;
- Organização dos serviços em rede de atenção à saúde regionalizada, com estabelecimento de ações intersetoriais para garantir a integralidade do cuidado;
- Promoção de estratégias de educação permanente; e
- Desenvolvimento da lógica do cuidado para pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, tendo como eixo central a construção do projeto terapêutico singular.

Os objetivos gerais da Rede são ampliar o acesso à atenção psicossocial da população em geral, promovendo o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; e garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências.

Os objetivos específicos da Rede são: promover cuidados em saúde, especialmente para grupos mais vulneráveis (criança, adolescente, jovens, pessoas em situação de rua e populações indígenas); prevenir o consumo e a dependência de crack, álcool e outras drogas; reduzir danos provocados pelo consumo de crack, álcool e outras drogas; promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas na sociedade, por meio do acesso ao trabalho, renda e moradia solidária; promover mecanismos de formação permanente aos profissionais de saúde; desenvolver ações intersetoriais de prevenção e redução de danos em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil; produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede; regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Atenção



Psicossocial; e, por fim, monitorar e avaliar a qualidade dos serviços por meio de indicadores de efetividade e resolutividade da atenção.

Serviços e competências

A Rede de Atenção Psicossocial é pensada dessa forma e a seguir, serão apresentados os serviços e alguns modelos de atuação que competem ao profissional que está inserido nessa área.

Atenção Básica em Saúde	- Unidade Básica de Saúde - Núcleo de Apoio a Saúde da Família - Consultório na Rua - Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório - Centros de Convivência e Cultura
Atenção Psicossocial Estratégica	- Centros de Atenção Psicossocial, nas suas diferentes modalidades
Atenção de Urgência e Emergência	- SAMU, 192 - Sala de Estabilização - Upa 24 horas e portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro, Unidades Básicas de Saúde
Atenção Residencial de Caráter Transitório	- Unidade de Acolhimento - Serviço de Atenção em Regime Residencial
Atenção Hospitalar	- Enfermaria especializada em Hospital Geral - Serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas

Figura 1 – Componentes da Rede de Atenção Psicossocial. Fonte: Ministério da Saúde.

Atenção Básica em Saúde

- **Unidade Básica de Saúde (UBS):** realiza o acolhimento do usuário que busca o atendimento de saúde mental. Os principais serviços oferecidos são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, coleta de exames laboratoriais, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

- **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF):** não se constituem como serviços com unidades físicas independentes, e sim, coexistem com a Rede de Atenção à Saúde e seus serviços, trabalhando com demandas específicas. Os profissionais realizam atendimento conjunto ou não, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações inter-setoriais, ações de prevenção e promoção da Saúde e discussão do processo de trabalho das equipes etc.
- **Consultório na Rua:** são equipes de saúde móveis que prestam atenção integral à saúde da população em situação de rua, considerando suas diferentes necessidades de saúde. Eles trabalham junto aos usuários de álcool, crack e outras drogas com a estratégia de redução de danos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde.
- **Apoio aos Serviços do componente Atenção Residencial de Caráter Transitório:** oferece suporte clínico e apoio aos pontos de atenção. É composto por uma equipe multiprofissional que coordena o cuidado e presta serviços de atenção à saúde de forma longitudinal e articulada com os outros pontos de atenção da rede.
- **Centros de Convivência e Cultura:** são unidades públicas, onde são oferecidos à população em geral espaços de sociabilidade, produção e intervenção na cultura e na cidade.



Atenção psicossocial especializada, formada pelos seguintes pontos de atenção:

Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)

CAPS I	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas de todas as faixas etárias; indicado para municípios com população acima de 20.000 habitantes.
CAPS II	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes, podendo também atender pessoas com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, conforme a organização da rede de saúde local; indicado para municípios com população acima de 70.000 habitantes.
CAPS III	Atende pessoas com sofrimento e/ou transtornos mentais graves e persistentes. Proporciona serviços de atenção contínua, com funcionamento 24 horas, incluindo feriados e finais de semana, ofertando retaguarda clínica e acolhimento noturno a outros serviços de saúde mental, inclusive CAPS Ad; indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
CAPS AD	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço de saúde mental aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 70.000 habitantes.
CAPS AD III	Atende adultos ou crianças e adolescentes, considerando as normativas do Estatuto da Criança e do Adolescente, com necessidades de cuidado clínico contínuo. Serviço com no máximo 12 leitos para observação e monitoramento, de funcionamento 24 horas, indicado para municípios ou regiões com população acima de 200.000 habitantes.
CAPS i	Atende a crianças e adolescentes com prioridade para sofrimento e transtornos mentais graves e persistentes e os que fazem uso de crack, álcool e outras drogas. Serviço aberto e de caráter comunitário indicado para municípios ou regiões com população acima de 150.000 habitantes.

Figura 2 – Os diferentes Centros de Atenção Psicossocial. Fonte: Ministério da Saúde

No nosso imenso país, a responsabilidade do tratamento da pessoa com transtorno mental é do Estado, mas também as instituições especializadas, a família e toda a sociedade devem participar de seu tratamento e acompanhamento. Os CAPS foram criados como unidades municipais, abertas e comunitárias de atendimento intensivo e diário às pessoas com sofrimento psíquico e com problemas decorrentes ao uso de drogas, esse modelo de tratamento estabelece a necessidade de respeito à Dignidade Humana dos usuários.

Mas que faz um CAPS? Eles são compostos por uma equipe multiprofissional que atua sob a ótica interdisciplinar no tratamento e realiza atendimento em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não intensivo. As atividades são realizadas prioritariamente em espaços coletivos (grupos, assembleias de usuários, reunião diária de equipe), de forma articulada com os outros pontos de atenção da rede de saúde e das demais redes. O cuidado,

no âmbito do CAPS, é desenvolvido por intermédio de Projeto Terapêutico Individual, envolvendo em sua construção a equipe, o usuário e sua família.

São funções de todos os CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando as internações em hospitais psiquiátricos; acolher e atender aos usuários procurando preservar e fortalecer os laços sociais dele em seu território; promover a inserção social; dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica (UBS, ESF, por exemplo); organizar e articular a rede de atenção às pessoas com transtornos mentais nos Municípios; promover a reinserção social do indivíduo por meio do acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

Como é o atendimento do CAPS Álcool e Drogas (CAPS AD)? São unidades municipais especializadas em atendimento/tratamento de transtornos causados por álcool e outras drogas, constituídas por equipes multiprofissionais com psiquiatras, médicos clínicos, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, assistente social e outros profissionais.

Atualmente, no que diz respeito às Políticas Públicas de Saúde Mental, as recomendações para tratamento dos quadros de dependência química enfatizam a reabilitação psicossocial ao longo do tratamento, sendo os objetivos: a avaliação de cada caso, o estabelecimento de ações para cada pessoa e a reinserção social de forma integrada ao meio cultural e à comunidade.

Dependendo do caso, poderá ser necessária a prévia desintoxicação, geralmente realizada por alguns dias sob supervisão médica e equipe multiprofissional, que permite combater os efeitos da retirada do álcool ou de outras drogas, ou até mesmo com necessidade de internação. Mas é importante você saber que toda internação será seguida de alta e da reabilitação, muito importante para que o paciente continue a viver livre do álcool ou drogas.



CAPS AD mais próximo

Na região onde o projeto Reinsereir está atuando, o serviço especializado mais próximo é o CAPS AD de Campina Grande, localizado no interior do Estado da Paraíba. O equipamento é referência em atendimento especializado em situações de uso e abuso de álcool, crack e outras drogas e atende a todos os transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, de ambos os sexos a partir dos 12 anos de idade.

A proposta de trabalho é pautada na promoção da reinserção social e familiar, objetivando a melhoria da qualidade de vida dos seus usuários por meio de estratégias de redução de danos.

Desde sua inauguração em 2005, o público atendido é constituído primordialmente por alcoolistas graves, e por adolescentes usuários de várias drogas e dependentes do tabaco.

Atualmente a demanda crescente é formada de adultos jovens de ambos os sexos, dependentes leves de álcool e que fazem uso concomitantemente de outras drogas, sobretudo, o crack (RODRIGUES, 2013).

O diagnóstico precoce e o tratamento adequado no que se refere à dependência química, de acordo com a coordenação do serviço, têm importância fundamental no prognóstico referente, o que se amplia em uma perspectiva de prevenção e promoção da saúde.

Em suma, pode-se afirmar que o Município de Campina Grande-PB é referência no tocante à saúde mental, em razão da diversidade de serviços substitutivos oferecidos. Para tanto, desde o início dos anos 2005, existe um CAPS AD prestando assistência de segunda a sexta-feira, manhã e tarde, a uma média de 50 usuários por dia.



Atenção de urgência e emergência, formada pelos seguintes pontos de atenção:

SAMU 192; Sala de Estabilização; UPA 24 horas; portas hospitalares de atenção à urgência/pronto socorro; Unidades Básicas de Saúde, entre outros.

Os pontos de atenção de urgência e emergência são responsáveis, pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado das pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

As equipes devem preservar a vida, garantindo encaminhamento, diagnóstico diferencial e tratamento eficiente, reduzindo a mortalidade, a morbidade e as sequelas.

Atenção residencial de caráter transitório, formada pelos seguintes pontos de atenção:

Unidades de Acolhimento e os Serviços de Atenção em Regime Residencial, como as Comunidades Terapêuticas.

A Unidade de Acolhimento oferece cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demandem acompanhamento terapêutico e protetivo de caráter transitório, cujo tempo de permanência é de até seis meses.

Essas unidades deverão ter o espaço físico adequado ao tratamento e desenvolvimento de atividades individuais e grupais, incluindo espaço externo para lazer.



Já as Comunidades Terapêuticas são Instituições privadas, sem fins lucrativos e financiadas, em parte, pelo poder público. Oferecem acolhimento para pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de drogas.

O tempo de acolhimento pode durar até 12 meses. Durante esse período, os residentes devem manter seu tratamento na rede de atenção psicossocial e demais serviços de saúde que se façam necessários.

Atenção hospitalar, formada pelos seguintes pontos de atenção:

Enfermaria especializada em Hospital Geral; serviço Hospitalar de Referência para Atenção às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas.

A enfermaria especializada em Hospital Geral oferece tratamento hospitalar para casos graves, em especial de abstinências e intoxicações severas. O serviço Hospitalar de Referência acolhe pacientes em regime de curtíssima ou curta permanência. Funciona em regime integral, durante vinte e quatro horas diárias, nos sete dias da semana.

Além do atendimento clínico e exames, deve atender, orientar e conscientizar o paciente com relação ao tratamento, à recuperação, à abstinência, à redução de danos e aos encaminhamentos posteriores à internação. Além disso, oferece cuidados específicos e devidos encaminhamentos aos pacientes vivendo com DST, HIV e Aids.

É importante dizer que alguns profissionais que estão inseridos nos hospitais não estão preparados para atender a pessoas com transtorno mental, com ênfase na dependência química. Tal fato é compreensível na medida em que a formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação está voltada para atendimento hospitalar, sobretudo, para os problemas clínicos. Assim, torna-se imperativa a necessidade de construir outros espaços de atenção, ampliar e melhorar os cursos de formação e capacitação para que a equipe possa atender de forma eficaz aos usuários que necessitam do serviço de alta complexidade hospitalar.



Estratégias de desinstitucionalização, formada pelo seguinte ponto de atenção:

Serviço residencial terapêutico (SRT) e Programa de volta pra casa

O serviço residencial terapêutico são moradias inseridas na comunidade que visam a garantir os egressos de internações de longa permanência em hospitais psiquiátricos, promovendo a cidadania e a inclusão social. Acolhe e oferece apoio para retomada de novos projetos de vida do usuário e não há limitação de tempo de permanência nesse serviço.

Os SRT podem ser constituídos nas modalidades Tipo I e Tipo II, definidos pelas necessidades específicas de cuidado do morador. SRT Tipo I: moradias destinadas a pessoas com transtorno mental em processo de desinstitucionalização, devendo acolher no máximo oito moradores. SRT Tipo II: modalidades de moradia destinadas às pessoas com transtorno mental e acentuado nível de dependência, especialmente em função do seu comprometimento físico, que necessitam de cuidados permanentes específicos, devendo acolher no máximo dez moradores.

O programa de volta pra casa visa a contribuir para o fortalecimento da inclusão social, provendo mensalmente um auxílio de reabilitação para pessoa com transtorno mental egressas de internação de longa permanência.

Reabilitação psicossocial

O componente de Reabilitação Psicossocial da Rede é composto por iniciativas de geração de trabalho e renda, empreendimentos solidários e cooperativas sociais. As ações de caráter intersetorial destinadas à reabilitação psicossocial devem articular sistematicamente as redes de saúde e de economia solidária com os recursos disponíveis no território para garantir a melhoria das condições concretas de vida, ampliação da autonomia, contratualidade e inclusão social de usuários da rede e seus familiares.



CAPÍTULO 3

Redução de danos (RD)

A redução de danos relacionada ao uso de drogas sempre foi um tema polêmico aqui no Brasil, seja em meio aos profissionais de saúde, assistência social, ou demais atores ligados ao tema, mas, sobretudo, entre a comunidade, onde o debate entre os que defendem e os que são contra essa abordagem é mais acirrado.

Todavia, se pararmos para pensar, todos já praticamos algum tipo de redução de danos, por exemplo, a maioria dos brasileiros já utiliza cinto de segurança ao dirigir.

Mas o que será essa tal redução de danos? Nós a praticamos aqui no Brasil? Quais são as suas estratégias?

Conceito

O próprio nome já nos indica o caminho para compreensão, reduzir danos. A maioria dos conceitos gira em torno da ideia de minimizar as consequências do consumo de drogas respeitando o usuário. Vejamos!

Que danos o uso de drogas pode causar? Doenças como tuberculose, HIV, hepatite B.

[...] uma política de saúde que se propõe a reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica do uso de drogas, pautada no respeito ao indivíduo e no seu direito de consumir drogas. (ANDRADE et al., 2001, p.53).



Trocando em miúdos, quer dizer que a redução de danos implica intervenções que possam envolver o uso protegido/assistido de drogas, ou a substituição da droga por outras substâncias que causem danos menores aos usuários.

A defesa do uso de estratégias de RD se pauta na noção de tolerância e respeito à diversidade de comportamentos.

Na linha do tempo dessa política temos:

Em meados de 1926, um grupo de médicos definiu em um relatório intitulado Rolleston que a maneira mais positiva de se tratar um dependente de heroína e morfina era monitorando o uso da droga e administrando doses menores para aliviar as dores da abstinência.

Com o passar dos anos, esse conceito de redução de danos foi se organizando dentro da política de saúde e sendo trabalhado em seus programas, isso nos anos 1980, e seu objetivo era reduzir os riscos de contaminação pela hepatite B e HIV entre os usuários de drogas injetáveis.

Entende-se que a redução de danos se tornou uma estratégia no tratamento dos usuários de drogas!



Estratégias de Redução de Danos



Já compreendemos seu conceito. Sabe-se que a RD é constituída por um conjunto de princípios e ações para abordagem dos problemas relacionados ao consumo de drogas e que já é trabalhado em diversos países, e aqui no Brasil é apoiado pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria Nacional de Políticas sobre drogas.

Quando se fala em estratégias de RD, temos ações que configuram uma abordagem que não corta de vez o uso de drogas por parte do usuário, mas que o impede de contrair doenças que agravem ainda mais seu estado de saúde, logo, temos estratégias relacionadas à prevenção ao uso de drogas e estratégias vinculadas ao tratamento.

Um bom modo de contextualizar essa ideia é observamos o que na prática foi realizado ao longo dos anos e o que vem sendo feito atualmente.

Nos anos 1980, seringas eram distribuídas aos usuários de drogas para evitar que eles as compartilhassem e assim contraíssem hepatite B ou HIV.

Em relação ao uso de crack, alguns lugares como Distrito Federal já chegaram a distribuir kits contendo cachimbos, manteiga de cacau, copos de água, seringas descartáveis e preservativos.

Estratégias de RD no tratamento de dependentes químicos geralmente são debatidas com eles, ou seja, os usuários decidem juntos os objetivos, as metas e os procedimentos para o seu tratamento, sem imposição.

Incluir o usuário na construção do seu tratamento é devolver-lhe a autonomia, trabalhar sua motivação e seu engajamento.

É comum iniciar o tratamento com o objetivo de não consumir mais álcool, todavia, no processo, o foco e a valorização não se restringem à interrupção do uso de bebida alcoólica, mas também ao restabelecimento dos vínculos familiares desses usuários, à retomada de seus trabalhos, do cuidado com seu corpo e com suas relações sociais, ou seja, mudanças assim também significam diminuição de riscos.

Outra ação comum é a substituição de uma droga pesada por uma com efeitos mais leves, ou que diminuam os efeitos da abstinência, por exemplo a cocaína pela maconha.

De modo geral, essas estratégias colocam o usuário como principal responsável pelo seu tratamento, e os melhores resultados ocorrem justamente quando eles estão fortemente envolvidos em sua própria recuperação.

Ao invés de sentir-se pressionado por outras pessoas, ele passa a perceber o tratamento com o um meio para encontrar maneiras mais saudáveis de viver, é dessa forma que a RD pode ser uma alternativa barata e viável no tratamento e na reinserção social dos usuários de drogas.



Redução de Danos no Brasil

Em 1989, em Santos/SP, ocorreu a primeira tentativa de fomentar um programa de RD brasileiro, entretanto, técnicos do programa foram impedidos de fornecer seringas aos usuários de drogas injetáveis, como forma de evitar a contaminação pelo vírus HIV, em função de uma ordem judicial. Mesmo assim e para minimizar os impactos do material compartilhado, os profissionais estimulavam o uso de hipoclorito de sódio para a desinfecção de agulhas e seringas reutilizadas.

Anos depois, em 1993, também em Santos, foi implantado o primeiro projeto oficial, lançando os “redutores de danos” como agentes de promoção e prevenção em saúde.

E lá em Salvador, na Bahia, surge o primeiro Programa de Redução de Danos (PRD) do Brasil a realizar troca de seringas. Depois deste, diversos programas e projetos de RD foram implantados em estados brasileiros, consolidando-a como uma estratégia de atenção aos usuários de drogas.

E mais uma vez São Paulo sai na frente e sanciona a primeira lei estadual que legaliza a troca de seringas, isso em 1998.

Interessante como a ideia da RD ganha corpo e se torna uma importante estratégia na Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas, lançada pelo Ministério da Saúde. O foco dessa Estratégia de Saúde não é exclusivamente os Programas de RD e as ações de trocas de seringas, mas sim a constituição de ações que transversalizam os serviços da rede assistencial do SUS, em especial, os serviços de saúde mental (como os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família).

Em 2006, é sancionada a Lei 11.343, que Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (Sisnad) e introduz a RD como uma estratégia de prevenção ao uso de drogas, atenção e reinserção social do dependente químico.



Ainda no campo normativo tivemos em 2007 o Decreto 6.117, que aprovou a Política Nacional sobre o Álcool e dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade.

No Brasil podemos contar com instituições que trabalham a RD como a Associação Baiana de Redução de Danos (Abareda), a Associação Brasileira de Redutores de Danos (Aborda), a Associação Carioca de Redução de Danos (ACRD) e a Rede de Redução de Danos e Direitos Humanos (Reduc).

Em pesquisa, observa-se que muitas das estratégias de RD eram focadas no controle da disseminação do HIV, e muitas ações foram barradas em decorrência da ideia de que distribuir seringas, preservativos e cachimbos são meios de incentivar o uso de drogas.

Atualmente no Brasil temos ações de RD dentro de estratégias como consultórios de rua, com a proposta da abordagem de rua voltada ao atendimento de usuários de substâncias psicoativas em situação de rua, no âmbito da saúde mental.

O preconceito ainda é a maior barreira na consolidação das estratégias de RD, mas é fato que muitas delas dão resultados positivos e garantem o direito ao acesso à saúde.



CAPÍTULO 4

Construção de Redes de Cuidado e Proteção



Até aqui percebemos a importância da perspectiva da atenção ao usuário de drogas sob a ótica psicossocial, e logo a participação da comunidade não poderia ficar de fora, o trabalho comunitário e a participação social são peças-chave na recuperação do dependente químico; afinal de contas tratar o pessoal e não modificar o ambiente pode ser retrabalho no futuro.



Conceito de Rede e sua Construção

A maneira como nos relacionamos uns com os outros define muito nossos espaços de convivência. Nosso Município, nosso bairro ou família não podem ser definidos ou descritos apenas a partir de uma única visão, a maneira como interagimos influencia o meio e as pessoas ao nosso redor.

O conceito de rede surge nas ciências humanas, pensando juntos somos sempre mais, e logo pressupõe que qualquer situação coletiva deve ser vista em perspectiva de totalidade, e não de forma isolada.

Trata-se de uma visão extremamente democrática em se tratando de relações sociais.

Logicamente esse conceito e visão não se limitam às relações familiares e comunitárias; pelo contrário, é muito utilizado nos espaços institucionais, no nosso caso nos equipamentos ligados à assistência social e à saúde, e é fundamental para o bom desenvolvimento dos trabalhos dos profissionais que lidam com a garantia do acesso a direitos.

Estamos inevitavelmente vivendo em rede, trabalhando em rede, pois pessoalmente somos ligados a outras pessoas, e profissionalmente nos relacionamos com diversas instituições, a velha máxima de que “a rede somos nós”.

Se referenciarmos nosso trabalho à ideia de que ele será mais eficiente ao considerar a forma como ele afeta e é afetado por nossas relações institucionais – nossa rede –, ele pode ganhar contornos diferenciados, pois trabalhando em conjunto provavelmente as ações planejadas serão mais transformadoras. Isso significa construir laços e fortalecer a rede!

É comum ouvir trabalhadores da saúde e da assistência social relatando as mesmas preocupações em relação à política de drogas, no que tange a tratamento, abordagem e reinserção social. Eles afirmam que existem muitas



ações nesse campo, mas que a maioria funciona de forma isolada, que a rede precisa mudar seu modo de atuar. Assim, vejamos, se a rede somos nós, o que será que pode ser modificado?

Outro ponto fácil de identificar quando o assunto engloba a atenção ao usuário de drogas, é pensar que a solução dos nossos problemas é agregar mais uma instituição à rede. Claro que isso pode realmente ajudar a solucionar diversos problemas, mas de nada adianta acrescentar equipamentos sem de fato interligá-los em termos de relações, fluxo e contra fluxo.

Algumas ações podem fortalecer nossa rede, tais como:

- Incentivo às relações;
- Fortalecimento das lideranças democráticas;
- Aprimoramento dos canais de comunicação;
- Estímulo à participação social de forma horizontal;
- Incentivo à socialização de saberes e experiências;
- Fortalecimento da coesão das redes (gostar de fazer parte do coletivo).

O projeto Reinsere acredita que um dos pontos focais para o fortalecimento da rede de atenção ao usuário de drogas é a participação social, pois ela pode fortalecer ações de prevenção ao uso de drogas e à reinserção social.

Tal comportamento e proposta estão para além das instituições formais, pois ela é capaz de alterar espaços públicos, e isso é fundamental para o tratamento dos dependentes químicos. Vejamos a construção dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, ambos nasceram da nova dinâmica que o consumo e a circulação de drogas trouxeram para as comunidades. Isso prova a capacidade de organização, mobilização e influência da população.

Precisamos ultrapassar a barreira dos encaminhamentos dentro dos equipamentos envolvidos na atenção ao usuário de drogas e criar relações humanas. Vejamos um caso hipotético:



Jaqueline procura o Centro de Referência de Assistência Social (Cras) todo mês relatando sofrer violência doméstica; ela argumenta estar desempregada e não ter condições de sair de casa.

A cada 15 dias, Jaqueline procura a Unidade Básica de Saúde (UBS) se queixando de dores de cabeça, mas a enfermeira que a atende não sabe que Jaqueline sofre violência doméstica, assim como a assistente social do Cras não sabe que ela procura toda semana a UBS para se medicar.

De repente, um planejamento de ações com o cruzamento de dados referentes às demandas poderia ajudar essas equipes a construir ações interdisciplinares e, em conjunto, melhorar a situação de Jaqueline e ainda minimizar os atendimentos de ambas as equipes.

Estamos falando em transformar lugares e relações, e isso só acontece por meio da participação social, da escuta qualificada, do controle social.

E, por falar em controle social, outro mecanismo que pode fortalecer e muito a rede são os conselhos, pois eles geram relações horizontais na execução das políticas públicas, isso é incentivar a comunidade a ser parceira na melhoria da qualidade de vida em seu Município.

Passos para criação de um Comad

Controle social não existe sem participação, mas por vezes a participação se restringe apenas ao fato de tomar conhecimento de algo, já o controle social não, esse vai um pouco mais além, ele avalia, fiscaliza e pode, inclusive, implementar algo, e, por isso, é fundamental ao nosso projeto.

O Comad tem como função promover ações da Política Nacional sobre Drogas, de forma que envolva setores como: saúde, educação, assistência social, trabalho, direitos humanos, esporte e outras.

Esse conselho é um órgão consultivo e normativo, de natureza paritária,



ou seja, com integrantes do governo e da sociedade civil; é diretamente responsável por elaborar, articular, implementar, acompanhar e fiscalizar qualquer política municipal sobre drogas.

Logo, percebe-se sua relação com o tratamento e reinserção social do usuário de drogas.

Deve-se lembrar que, por integrar e promover a Política Nacional Sobre Drogas, o Comad deve estar vinculado ao Conselho Estadual de Política Sobre Drogas(Conen) e ao Conselho Nacional de Políticas Sobre Drogas (Conad).

Vejamos que para instituir um Comad em seu Município são necessários apenas alguns passos básicos.

O primeiro passo é sem dúvida a **sensibilização** dos atores locais e sua **mobilização** em prol da criação do conselho. Qualquer pessoa pode iniciar esse processo. É necessário identificar dentro da administração municipal e da comunidade pessoas interessadas na temática, lideranças, representantes do poder legislativo, executivo e judiciário, instituições que oferecem tratamento, serviços etc.

Em seguida, temos a **legislação**; esta é a fase de criação propriamente dita. A criação de Conselhos é garantida pela Constituição Federal de 1988, mas é necessária a elaboração e a apresentação de um Projeto de Lei Municipal, que deve ser encaminhado ao Poder Legislativo para aprovação.

Após instituição da normativa legal, é preciso criar o **regimento interno** do Comad; nesta fase, será elaborado e aprovado o Regimento Interno, que consiste em um documento que, de acordo com a lei, define a estrutura de funcionamento do Conselho, estabelecendo fluxo de reuniões, pautas, eleição para presidente, atribuições dos membros, entre outros.

Quanto à estrutura do Conselho, essa deve ser definida também no Regimento Interno, mas sugere-se observar a realidade local, e que haja: Presidência, Secretaria Executiva e Membros Conselheiros.



Não existe limite para o número de integrantes do conselho, mas lembrem-se da paridade, da igualdade de representantes do setor público em relação ao setor privado e sociedade civil organizada.

Em relação ao financiamento do Comad, esse ainda fica a cargo da prefeitura, mas a destinação dos recursos orçamentários do Fundo Nacional Antidrogas (Funad) é feita de acordo com a legislação pertinente. O repasse deles obedece ao que prevê a Instrução Normativa 1o/1997 – STN, ou seja, mediante a apresentação e a aprovação de projetos na área de prevenção do uso indevido de drogas. Os projetos deverão ser submetidos a parecer técnico da área competente da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad), que, sendo aprovados, serão encaminhados para formalização de termos de convênio.

Sobre a vinculação do Comad ao Conad, o que se tem conhecimento é que para efetivamente estar integrado ao Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, o Conselho Municipal sobre Drogas necessita cadastrar-se junto à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (Senad).

- O responsável pelo Comad deverá acessar o site: www.senad.gov.br, preencher a Ficha de Cadastro e enviar via e-mail.
- Devem ser enviados pelo correio para a Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas os seguintes documentos: cópia do Regulamento Interno, cópia da Lei ou Decreto que instituiu o Comad e cópia da nomeação dos conselheiros.
- Adotar os mesmos procedimentos para cadastrar o Comad junto ao Conselho do seu Estado.

De modo geral, a criação do Comad não é problemática, mas seu desafio é que uma temática como essa exige dos conselheiros capacidade de percepção das questões sociais, sensibilidade e um poder de articulação; somente assim eles poderão ir além de seus limites e contribuir para construção de uma sociedade democrática e justa.



Conclusão

A utilização de substâncias psicoativas não é um evento novo, mas sim uma prática milenar e universal, cuja história acompanha a própria história da humanidade, existindo desde os tempos mais antigos em todas as culturas e religiões.

As drogas eram utilizadas para obter força e coragem, mostrando que o indivíduo sempre buscou aumentar o prazer e diminuir o sofrimento, embora fossem usadas em situações específicas, como rituais. Mas, apesar do uso de drogas sempre ter existido, a dependência é um fenômeno da modernidade.

O grande problema é que consumo irrefreado de drogas está se tornando uma chaga mundial e social, perpassando as diversas classes sociais e afetando a vida do sujeito numa perspectiva biopsicossocial. E a maior dificuldade dos envolvidos nesse processo é a compreensão de que isso é uma doença e precisa ser tratada.

O fato é que não existe um plano terapêutico único, pois cada organismo é único e as reações às substâncias são variáveis. O que existem são adequações de tratamentos e, geralmente, a associação de alguns deles para que o indivíduo possa perceber qual é o mais eficaz para si.

Entretanto, este é um tema que precisa de muitas discussões, pois se fala muito sobre drogas, mas não se chega a um contexto ou forma adequada de cuidado com a sociedade e com os dependentes. É fundamental que as políticas sobre drogas levem em consideração os fatores biopsicossociais envolvidos no processo de dependência química e no que leva o sujeito a fazer uso de substâncias psicoativas.



Bibliografia

ANDRADE, T. et al. The opening of South America's first needle Exchange program and na epidemic of crack use in Salvador, Bahia-Brazil. *Aids and Behavior*, San Diego, Califórnia, USA, v. 5, n. 1, p. 51-64, 2001.

BRASIL. ABC do SUS – Doutrinas e Princípios Ministério da Saúde. Brasília/DF: Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, 1990.

Brasil. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 20 set.1990.

A política do ministério da saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas/ Série B. textos básicos de saúde. Brasília: Ministério da saúde, 2003. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf>. Acesso em: 10 set. 2015.

SUPERA: Sistema para detecção do Uso abusivo e dependência de substâncias psicoativas. Modalidades de tratamento e encaminhamentos: módulo 6-5 edição. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2014.

Brasil. Decreto 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Álcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 23 mai.2007.

Decreto 5.912, de 27 de setembro de 2006. Regulamenta a Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006, que trata das políticas públicas sobre drogas e da instituição do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas – SISNAD, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 28 set. 2006

Brasil. Decreto 3.696, de 21 de dezembro de 2000. Dispõe sobre o Sistema Nacional Antidrogas e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 22 dez, 2000.

CASTRO-COSTA, E. et al. Alcohol consumption in late-life – the first Brazilian National Alcohol Survey (BNAS). *Addict Behav*, v. 33, n. 12, p. 1598-1601, 2008.

CONSELHO NACIONAL ANTIDROGAS. Política nacional sobre drogas. Brasília: Conselho Nacional Antidrogas, 2005.

EDWARDS, G; MARSHALL, E.J.; COOK, C.H. Mulheres com problemas relacionados ao consumo de álcool. In: EDWARDS, G; MARSHALL, EJ; COOK, CH (eds.). *O tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: Artes Médicas. 2005, p. 153-162.

GALETTI, C; ALVARENGA, P.G.; ANDRADE, A.G.; TAVARES, H. Jogos de azar e uso de substâncias em idosos: uma revisão da literatura. *Rev. psiquiatr. clín.*, v. 35, n. 1, p. 39-43, 2008.

MACIEL, M.A. Textos de apoio em saúde mental. *Cad. Saúde Pública*, v. 21, n. 5, p. 1617-1619, 2005.

KNAPP, P. *Prevenção de Recaída. Um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

Brasil. Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, 24 ago, 2000.

Lourenço R.A. A família do dependente químico. In: Monte Serrat S, organizador. *Drogas e álcool: Prevenção e tratamento*. Campinas: Komedi, 2012.

NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE. *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research Based Guide (Second Edition)*, 2009. Disponível em: <<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODATIndex.html>>. Acesso em: 15 de set. de 2015.



PAIVA, F.S.; RONZANI, T.M. Estilos parentais e consumo de drogas entre adolescentes: revisão sistemática. *Psicologia em Estudo*, v. 14, n. 1, p. 177-183, 2009.

PINHEIRO R.; MATTOS R. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PACHECO, M.E.A.G. *Política de redução de danos a usuários de substâncias psicoativas: práticas Terapêuticas no projeto consultório de Rua em Fortaleza, Ceará*. Disponível em: <http://www.uece.br/politicasuece/dmdocuments/disserta%C3%A7ao_Eniana.pdf>. Acesso em: 23 set. 2015.

Brasil. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias/Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas*. 6. ed. – Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC, 2014. 312 p.

RODRIGUES JÚNIOR, J. E. *Desistência ao tratamento de usuários no crack no Centro de Atenção Psicossocial em Campina Grande-PB*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande Do Norte, Departamento de enfermagem, 2013.

SABINO, N.D.M.; CAZENAVE, S.O.S. Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estud. psicol.*, v. 22, n. 2, p. 167-174, 2005.

SOUZA, M.V.D.; FERREIRA, P.A. VELHICE E DROGADIÇÃO: Influência de aspectos sociais no uso de drogas por idosos. In: 64ª Reunião Anual da SBPC-Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, São Luís, 2012.

VIEIRA, L.V.; RIBEIRO, M; ROMANO, M; LARANJEIRA, R.R. Álcool e Adolescentes: estudo para implementar políticas municipais. *Rev. Saúde Pública*, v. 41, n. 3, p. 396-403, 2007.





REINSERIR
PROJETO DE INTEGRAÇÃO LOCAL
PARA REINserÇÃO SOCIAL DO USUÁRIO DE DROGAS



Projeto financiado pela
União Europeia



Projeto executado
pela CNM