



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

## Crack, álcool e outras drogas: CONCEITOS DO NÚCLEO COMUM DA FORMAÇÃO PERMANENTE

**ORGANIZADORES:**

Elizeu Batista Borloti  
Fabiana Drumond Marinho  
Janine Andrade Moscon



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES





# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

## Crack, álcool e outras drogas: CONCEITOS DO NÚCLEO COMUM DA FORMAÇÃO PERMANENTE

**ORGANIZADORES:**

Elizeu Batista Borloti  
Fabiana Drumond Marinho  
Janine Andrade Moscon

## Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)  
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

C883 Crack, álcool e outras drogas [recurso eletrônico] : conceitos do Núcleo Comum da Formação Permanente / Centro Regional de Referência em Crack e outras Drogas de Serra e Cariacica – ES ; organizadores, Elizeu Batista Borloti, Fabiana Drumond Marinho, Janine Andrade Moscon. - Dados eletrônicos. -  
Vitória, ES : GM, 2014.  
140 p. : il.

Inclui bibliografia.

ISBN: 978-85-8087-133-3

Também publicado em formato impresso.

Modo de acesso: <<http://www.crresces.com.br/>>

1. Drogas. 2. Crack (Droga). 3. Alcoolismo. I. Centro Regional de Referência em Crack e Outras Drogas de Serra e Cariacica – ES. II. Borloti, Elizeu Batista. III. Marinho, Fabiana Drumond, 1977-. IV. Moscon, Janine Andrade, 1975-.

CDU: 615.099

**FINANCIAMENTO**  
GOVERNO FEDERAL

**PRESIDENTE DA REPÚBLICA**  
Dilma Rousseff

**MINISTRO DE ESTADO CHEFE DO GABINETE DE SEGURANÇA INSTITUCIONAL DA PRESIDÊNCIA  
DA REPÚBLICA E PRESIDENTE DO CONSELHO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS**  
José Eduardo Cardozo

**SECRETÁRIO NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS**  
Vitore André Zílio Maximiano



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Crack, álcool e outras drogas:

## CONCEITOS DO NÚCLEO COMUM DA FORMAÇÃO PERMANENTE

### ORGANIZADORES:

Elizeu Batista Borloti  
Fabiana Drumond Marinho  
Janine Andrade Moscon



**REALIZAÇÃO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)

**REITOR**

Reinaldo Centoducatte

**VICE-REITORA**

Ethel Leonor Noia Maciel

**DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS**

Renato Rodrigues Neto

**CHEFE DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA SOCIAL E DO DESENVOLVIMENTO**

Rosana Suemi Tokumaru

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Edinete Maria Rosa

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL**

Ana Targina Rodrigues Ferraz

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA INSTITUCIONAL**

Luciana Vieira Caliman



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

## Crack, álcool e outras drogas:

# CONCEITOS DO NÚCLEO COMUM DA FORMAÇÃO PERMANENTE

### ORGANIZADORES:

Elizeu Batista Borloti  
Fabiana Drumond Marinho  
Janine Andrade Moscon



## **COORDENAÇÃO GERAL DO PROJETO**

Elizeu Batista Borloti

## **ORGANIZAÇÃO E REVISÃO TÉCNICO-CIENTÍFICA**

Elizeu Batista Borloti

Fabiana Drumond Marinho

Janine Andrade Moscon

## **INSERÇÃO DE ESTRATÉGIAS DIDÁTICAS NO MODELO DE ENSINO A DISTÂNCIA.**

Marcia Pereira de Oliveira

## **PROFESSORES E AUTORES**

Andréa Campos Romanholi

Elizeu Borloti

Fabiola Xavier Leal

Janine Andrade Moscon

## **COORDENAÇÃO DE MATERIAL DIDÁTICO**

Rafael Rubens de Queiroz Balbi Neto

## **DESIGN GRÁFICO**

Maikon Linhaus Reis

## **COORDENAÇÃO DE APOIO DIDÁTICO**

Marcia Pereira de Oliveira

## **PORTAL DE APOIO DIDÁTICO DO CURSO**

Maikon Linhaus Reis

Rafael Rubens de Queiroz Balbi Neto

## **CONSELHO GESTOR**

### **Presidente do conselho gestor**

Elizeu Batista Borloti

### **Conselheiras Gestoras de Serra**

Marília Nunes Pelluzzo Corrêa

Rosemérica Reblim Bacelar

Sabrina de Aquino Souza

**Suplentes**

Betsaida Moulim Malheiros  
Gisele Azevedo Gava  
Laudinéia Gonçalves de Oliveira

**Conselheiras Gestoras de Cariacica**

Franciely Costa Guarnier  
Alcelina Maria Uliana Zucoloto  
Leila Origuella Gastigioni

**Suplentes**

Diana da Paz Simões Cavalcante  
Edna Luiza Furtado  
Penha Cristina Souza Nascimento

**PARCERIA**

PREFEITURA MUNICIPAL DA SERRA  
Prefeito Audifax Barcelos

PREFEITURA MUNICIPAL DE CARIACICA  
Prefeito Geraldo Luzia de Oliveira Júnior

# APRESENTAÇÃO

O CRRESCES (Centro Regional de Referência em crack e outras drogas de Serra e de Cariacica/ES) é um dos muitos Centros Regionais de Referência (CRRs) em crack e outras drogas espalhados por todo o Brasil. Todos os CRRs estão vinculados à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça (MJ), e estão sediados em Instituições Federais de Ensino Superior. O CRRESCES é parte da Universidade Federal do Espírito Santo, provendo educação permanente em atenção integral intersetorial a pessoas e famílias com necessidades decorrentes do uso arriscado de crack, álcool e outras drogas para trabalhadores dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública, Justiça e Ministério Público.

A formação permanente no CRRESCES é planejada em ênfases, considerando a diversidade de seu público-alvo: (a) Atenção Primária à Saúde; (b) Sistema Único de Assistência Social; (c) Urgência, Emergência e Hospital Geral; e (d) Sistema Judiciário. Entretanto o público-alvo tem uma formação comum que perpassa todas as ênfases, cujo conteúdo é indicado pela política da Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/SENAD/MJ para a organização curricular da formação.

Este é o primeiro volume de uma coletânea de três volumes do conteúdo didático da formação permanente. No capítulo 1 Elizeu Batista Borloti e Andrea Campos Romanholi apresentam o Projeto Político Pedagógico do CRRESCES que contempla as diretrizes governamentais aplicadas à organização curricular (em ênfases da formação), à metodologia de ensino e à avaliação da aprendizagem nos cursos oferecidos para a formação permanente. O restante do livro reúne o conteúdo do núcleo comum da formação, apresentado com estratégias de educação a distância que auxiliam sua aprendizagem: políticas públicas (capítulo 2, de autoria de Fabiola Xavier Leal), conceitos básicos em dependência química (capítulo 3, de autoria de Janine Andrade Moscon) e aspectos básicos da intervenção na atenção integral e intersetorial aos usuários e familiares de usuários drogas (capítulo 4, de autoria de Andrea Campos Romanholi).

Os capítulos apontam o essencial em educação permanente em dependência química, política pública sobre drogas, em bases neurobiológicas do abuso e da dependência e em intervenção em dependência química, preocupando-se em reunir o conhecimento científico com a assistência nos serviços públicos e nas políticas públicas.

Os Organizadores.



# PREFÁCIO

Recebi o honroso convite para fazer a apresentação do presente livro, que reúne três textos sob a organização de Elizeu Batista Borloti, Fabiana Drumond Marinho e Janine Andrade Moscon. A publicação é o ponto de partida de projeto de grande amplitude, que envolve intervenção e formação profissionais, e que, complementarmente, agrupa elementos de investigação, coordenado pelo primeiro organizador desta coletânea, o professor Elizeu Batista Borloti.

Trata-se da implantação e condução do Centro Regional de Referência em Crack e Outras Drogas, abrangendo dois importantes e populosos municípios que integram a região da Grande Vitória – Serra e Cariacica, e que foi selecionado em processo concorrencial, como parte do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, desenvolvido na esfera da Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), do Ministério da Justiça, em associação com o Ministério da Educação.

O projeto, conta com a participação, tanto em sua formulação como em seu desenvolvimento, de professores e alunos da Universidade Federal do Espírito Santo e de profissionais das Prefeituras de Serra e de Cariacica. Trata-se de projeto político pedagógico de aperfeiçoamento continuado da formação de profissionais da assistência ao usuário de drogas e aos seus familiares.

O primeiro capítulo, de autoria de Elizeu Batista Borloti e Andrea Campos Romanholi, é uma apresentação do projeto político-pedagógico do CRRESCES – o Centro Regional de Referência em crack e outras drogas de Serra e Cariacica – ES. Trata-se de apresentação detalhada, justificada e ancorada em referências da literatura pertinente e em dados provenientes de levantamentos populacionais realizados por órgãos governamentais e por instituições de pesquisa sobre o assunto. Fica evidenciada a adequação da abordagem multiprofissional e multicêntrica que caracteriza o projeto, assim como a importância de enfatizar a abordagem científica fundamentada em pesquisa como alternativa à abordagem moral da dependência, muito difundida no senso comum, e também adotada e disseminada por determinadas instituições e pelos meios de comunicação, não obstante sua fragilidade em termos de eficácia e de fundamentação teórica. O capítulo contextualiza o projeto considerando a realidade dos municípios abrangidos, detalha os conteúdos e as técnicas a serem empregadas em cada nível de formação, em consonância com os objetivos pretendidos, e apresenta todos os integrantes da equipe.

A importância do trabalho fica muito evidente quando se é confrontado com os dados impressionantes sobre o consumo de drogas no mundo e o que isso representa em termos de saúde, de criminalidade, de organização social e de impacto econômico. Diversos desses dados estão disponíveis no segundo capítulo da publicação, de

autoria de Fabiola Xavier Leal. Em tal texto são apresentadas as políticas públicas referentes ao assunto foco do projeto, em perspectiva histórica e crítica, destacando que tais políticas devem considerar a dinâmica da realidade sociocultural nos vários setores da sociedade implicados na produção, comercialização e consumo de drogas.

O terceiro capítulo, escrito por Janine Andrade Moscon, apresenta e discute o conhecimento disponível sobre como os diversos tipos de drogas psicoativas atuam no organismo, oferecendo informações sobre classificações propostas para a compreensão de tais substâncias. O texto mostra de forma didática como adesão ao uso e dependência de substâncias psicoativas são processos com várias facetas a serem exploradas, nos quais estão implicados fatores neurofisiológicos e psicossociais, que precisam ser considerados em conjunto para todos os propósitos.

O capítulo final foi produzido por Andréa Campos Romanholi e nele são apresentadas evidências de como diferentes concepções sobre a natureza do uso de substâncias psicoativas levaram a propostas de intervenção bastante distintas. O texto apresenta a realidade atual das instituições relacionadas à intervenção relativa ao problema das drogas e seus usuários, chamando a atenção para a necessidade de compreensão adequada da noção de rede na qual estão fundamentadas as ações de tais instituições e de como essas ações não podem prescindir do envolvimento das famílias e de outras instâncias importantes no contexto da comunidade dos indivíduos que são alvo da intervenção.

A leitura da coletânea “Crack, álcool e outras drogas: conceitos do núcleo comum da formação permanente” será, certamente, muito produtiva para qualquer profissional envolvido com o tema. Mais ainda, poderá proporcionar discussões e reflexões muito esclarecedoras, pois nos quatro capítulos houve preocupação de destacar pontos a serem trabalhados no processo de formação, sugerindo itens do texto a serem retomados para melhor fixação de conhecimento e propondo atividades de identificação de aspectos discutidos no texto no dia-a-dia dos próprios contextos de atuação profissional dos leitores.

Trata-se de material que, sem qualquer dúvida, é grande contribuição de todos os envolvidos para a sociedade cada vez mais perplexa com a difusão do problema complexo das drogas psicoativas e com as consequências que daí resultam. Um trabalho que, certamente, deve ser visto com muito orgulho pela Universidade Federal do Espírito Santo e pelas prefeituras Municipais de Serra e de Cariacica. Boa leitura para todos.

Paulo Rogério Meira Menandro

Professor Titular

Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da UFES

# SUMÁRIO

<b>Capítulo 1: CRRESCES: um Projeto Político-Pedagógico</b>	16
Elizeu Borloti / Andrea Campos Romanholi	
<b>Capítulo 2: Políticas Públicas Sobre Drogas</b>	74
Fabiola Xavier Leal	
<b>Capítulo 3: Conceitos em Dependência Química</b>	98
Janine Andrade Moscon	
<b>Capítulo 4: Tópicos Básicos da Intervenção na Dependência Química</b>	116
Andréa Campos Romanholi	



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

## Capítulo 1

### **CRRESCES: UM PROJETO POLITICO PEDAGOGICO**

Elizeu Borloti

Andrea Campos Romanholi



# CRRESCES: UM PROJETO POLÍTICO-PEDAGÓGICO

Elizeu Borloti<sup>1</sup>

Andrea Campos Romanholi<sup>2</sup>

Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP/UFES

## 1. APRESENTAÇÃO

Este capítulo descreve o projeto político-pedagógico (PPP) do CRRESCES – Centro Regional de Referência em crack e outras drogas de Serra e de Cariacica/ES (um dos CRRs vinculados à Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas/SENAD/MJ, sediado na Universidade Federal do Espírito Santo/UFES). Para sua elaboração, um manuscrito inicial do mesmo foi disponibilizado online para que todos os envolvidos no projeto do CRRESCES participassem da sua escrita: membros do Conselho Gestor<sup>3</sup>, do Colegiado de Cursos<sup>4</sup> e da equipe administrativa<sup>5</sup>. Portanto, é um produto coletivo alcançado após muito debate sobre estudos e pesquisas em diferentes áreas da formação em Dependência Química, em ciências sociais, humanas e da saúde. Orienta-se pelas diretrizes das políticas públicas sobre drogas no Brasil, em especial aquelas referentes à formação permanente de profissionais para a assistência ao usuário de drogas e aos seus familiares. Contempla as diretrizes governamentais aplicadas à organização curricular (em ênfases da formação), à metodologia de ensino e à avaliação da aprendizagem nos cursos oferecidos para essa formação.

O CRRESCES foi instalado na UFES como instituição de referência na execução de atividades de extensão universitária para formação permanente de profissionais de serviços públicos para a intervenção na área de drogas. A **Missão** do CRRESCES é prover, no âmbito da UFES, serviço de educação permanente em atenção integral intersetorial a pessoas e famílias com necessidades decorrentes do uso arriscado<sup>6</sup> de crack, álcool e outras drogas para trabalhadores dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública, Justiça e Ministério Público dos municípios

---

1. Psicólogo, Doutor em Psicologia, Especialista em Dependência Química e em Terapia Comportamental e Cognitiva, Professor da UFES/PPGP, Coordenador Geral e Professor do CRRESCES.

2. Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial

3. Instância gestora deliberativa formada pelo coordenador geral e por seis membros de cada município parceiro (Serra e Cariacica): um da saúde mental, um da assistência social e um da educação permanente (ou equivalente).

4. Instância pedagógica formada pelo coordenador geral e pelos seis coordenadores e/ou professores da UFES, docentes dos seis cursos oferecidos pelo CRRESCES ou autores de material didático usado nos cursos.

5. Instância administrativa formada pelo coordenador geral, pelo coordenador de material didático, pelo apoio didático e pelo auxiliar administrativo.

6. Para evitar confusões devidas ao grande número de adjetivos atrelados à palavra uso (e.g., abusivo, prejudicial, nocivo, dependente, problemático, indevido, etc.), neste PPP usa-se a expressão técnica uso arriscado, útil à saúde coletiva. Uso arriscado refere-se aos padrões de uso de substâncias psicoativas que são significativos para a saúde pública a despeito da ausência de qualquer transtorno prevalecente no usuário individual, ou seja, a dependência e o abuso/uso prejudicial/uso nocivo [1; 18]. Quando aparecer a expressão uso de drogas neste capítulo, ela refere-se o uso arriscado. A expressão usuário de drogas refere-se às pessoas com quaisquer padrões de uso incluídos no uso arriscado. A expressão uso indevido, apesar de bastante frequente nas publicações no Brasil, não é tecnicamente adequada.

parceiros.<sup>7</sup> Sua **Visão** é ser referência de excelência em educação permanente em atenção integral intersetorial a pessoas e famílias com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas no Estado do Espírito Santo. Seus **Valores** são: 1) a integração das ciências, das políticas públicas e dos movimentos sociais no campo da atenção psicossocial aos problemas decorrentes do uso de drogas e 2) o ensino eficaz e eficiente dos conhecimentos nesse campo. Sua equipe técnica multiprofissional de doutores, mestres e especialistas acredita que a modificação do impacto desses problemas na saúde coletiva é possível pela educação permanente dos trabalhadores do serviço público, desde que nessa educação se garanta: 1) a integração das ciências, das políticas públicas e dos movimentos sociais; e 2) o ensino eficaz e eficiente, por considerar o saber-fazer na realidade, orientar a aplicação direta da aprendizagem no serviço e defender a atenção integral intersetorial aos usuários e aos seus familiares.

## 1.1. Histórico dos Centros Regionais de Referência no Brasil

Os transtornos decorrentes do uso arriscado de substâncias psicoativas resultam na necessidade de atendimento regular de cerca de 6 a 8% da população brasileira [2; 4]. Como em outros países, este contingente populacional preocupa o governo brasileiro pela correlação entre uso e danos ao capital humano da nação por anos ajustados às incapacidades produzidas direta ou indiretamente pelo uso (e.g., lesão por violência ou acidente de trânsito, comorbidades psiquiátricas, doença física). Os impactos diretos mais conhecidos recaem sobre o usuário: incapacidade e discriminação. A família dele também sofre por esses impactos diretos: sofrem pelo estigma do usuário, pelo estresse diante do comportamento perturbado, pela disruptão da rotina, restrição de atividades e pelos custos econômicos devidos ao cuidado do usuário. Os impactos negativos indiretos são tipificados nas oportunidades perdidas pelo usuário ao longo dos anos ajustados às incapacidades. Para a sociedade e para o Estado, há custo com a prestação de cuidados (assistência), ônus de uma população com nível de produtividade reduzido (e.g., invalidez) e problemas legais que podem se associar ao uso arriscado.

A preocupação governamental com esta temática já vinha ocorrendo há alguns anos e aumentou sobremaneira no início dos anos 2000 (respectivamente, em 2001 e 2005), após a publicação do I e do II Levantamento Domiciliar sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, pelo Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas

---

7. Inicialmente, Serra e Cariacica. Entretanto há possibilidade de cobertura da formação permanente em todo o Estado do Espírito Santo.

Psicotrópicas (CEBRID). Já no I Levantamento, conclui-se o seguinte: 19,4% da população já fez uso na vida<sup>8</sup> de drogas, excetuando-se o tabaco e álcool, o que corresponde a uma população de 9.109.000 pessoas. O II Levantamento constatou que o uso geral de drogas (uso na vida), fora o álcool e o tabaco, aumentou para 22,8%, sendo que o índice de uso da cocaína foi de 2,9% e o do crack, de 1,5% em homens [9]. Na região sudeste do Brasil, onde se situa o Estado do Espírito Santo, o uso na vida de cocaína esteve em 3,7%, portanto, acima da média nacional, de 2,9%. Nessa mesma região elevou-se acentuadamente a prevalência do uso na vida do crack, passando de 0,4% em 2001 para 0,9% em 2005 [9].

No caso específico da cocaína/crack, um levantamento realizado pelo Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD) e pela Unidade de Pesquisas em Álcool e outras Drogas (UNIAD) da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) constatou que 3% dos nossos jovens (o que corresponde a 442 mil jovens) já fizeram uso combinado de cocaína e crack na vida; e que 2% (244 mil jovens, aproximadamente) fizeram esse uso combinado no último ano. Quando se avaliou só o consumo de crack, 1% dos jovens (que em número absoluto somam 150 mil jovens) já fizeram uso do crack na vida e 0,2% (18 mil jovens) fizeram uso no último ano. Os adultos que fizeram uso do crack na vida somam 1,8 milhões (1,4%) de brasileiros; e somam um milhão os adultos que fizeram uso do crack no último ano. Dentre todos os usuários, 48% foram identificados como dependentes. Desses, 30% demonstrou intenção de interromper o uso, mas apenas 1% já procurou ajuda para a consecução desta intenção [11].

O maior, mais atual e completo levantamento encomendado à Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e financiado pela SENAD sobre o uso das formas fumadas da cocaína (crack e similares: pasta base, merla e “oxi”) mostra que 370 mil brasileiros fumaram crack e similares em 2012 (“uso regular”, ou seja, uso por pelo menos 25 dias nos últimos seis meses) [12], sendo 14% crianças e adolescentes (aproximadamente 50 mil). Crianças e adolescentes usuários de crack e similares concentram-se mais na região Nordeste (aproximadamente 28 mil). Pelo menos 13 mil crianças/adolescentes da região Sudeste fumaram crack em 2012 (contra 3 mil, no sul e no Norte; e 6 mil o Centro-Oeste).

O atual perfil dos 370 mil usuários é este [13]: homem (78,7%), jovem adulto (18-30 anos), “não branco” (80%), solteiro (60,6%), com ensino fundamental (55%) e morador de rua (40%). A maioria obtém renda em trabalhos autônomos ou “bicos” (64,9%).

---

8. Em geral, pesquisas epidemiológicas usam a classificação de uso de drogas pela frequência de uso. “Uso na vida” se refere ao uso de uma dose inteira ao menos uma vez na vida, em oposição a “Uso no mês”, que se refere à ocorrência de uso no último mês, anterior à coleta de dados dessas pesquisas. Por outro lado, a frequência de uso no mês pode aparecer especificada em alguns estudos: 1. Abstinente: a pessoa usa menos de uma vez ao ano ou nunca usa (também denominada “uso leve”); 2. Raramente: usa menos de uma vez por mês (“uso leve”); 3. Ocasional: usa de 1 a 3 vezes por mês (“uso leve”); 4. Frequentemente: uso de 1 a 4 vezes por semana (“uso moderado”); 5. Muito frequente: uso diário (“uso pesado”).

Seu histórico criminal aponta duas categorias: presos pelo menos uma vez na vida (48,8%) ou detidos no último ano (41,6%, sendo 13,9% por uso ou posse de drogas; 9,2% por assalto/roubo; 8,5% por furto/fraude/invasão de domicílio e 5,5% por tráfico ou fabricação de SPA). Apesar de os homens usarem crack por mais tempo do que as mulheres (83,9 meses versus 72,8 meses), elas fumam mais pedras do que eles (21 versus 13, em média) e se prostituem mais do que eles para obter a SPA (29,9% versus 1,3%). É também relevante a proporção delas que não usam preservativo durante o sexo vaginal (39,5%). Cerca de 10% das usuárias disseram estar na condição de gestante e outros 10% tiveram dúvidas se estavam ou não nessa condição enquanto usuárias (a maioria – 53,4% – nunca esteve nessa condição). As que relataram já ter engravidado duas ou três vezes, desde que se tornaram usuárias de crack, somam 22,8%. Desde o início do uso do crack, 17,3% delas engravidaram pelo menos uma vez e 6,5%, engravidaram quatro ou mais vezes. O estudo informa, ainda, que 78,9% dos usuários de crack e similares querem tratamento da dependência, entretanto ainda é baixo o acesso deles aos serviços disponíveis, o que denuncia um hiato entre as cenas de uso (“cracolândias”) e os serviços de assistência. Nos termos do levantamento há “a premente necessidade de ampliação e fortalecimento desses equipamentos no âmbito da rede de saúde, assim como as pontes (serviços intermediários, agentes de saúde, redes de pares, consultórios de rua) entre as cenas de uso e os serviços já instalados” [12].

Uma das ações governamentais de destaque no enfrentamento desse problema foi o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde (PEAD), instituído pela Portaria nº 1.190 de 04 de junho de 2009 [2]. Nesse plano consta o compromisso do governo com a política de assistência social e de saúde para tratamento e prevenção do uso arriscado de drogas. Para que essa política seja eficiente e eficaz, o eixo 2 do PEAD antevê a formação de profissionais, a avaliação e o monitoramento de serviços e a produção de conhecimento em Dependência Química. Inicialmente, o alvo são os profissionais das redes do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e do Sistema Único de Saúde (SUS), para quem se deveria dirigir a formação permanente para a prevenção, a promoção da saúde, o tratamento, a reabilitação de usuários (e famílias), incluindo a redução dos danos associados ao uso arriscado de drogas. Essa qualificação visa ao fortalecimento da saúde mental no SUS e no SUAS pela identificação dos pontos da rede assistencial em que os profissionais desses sistemas se encontram e pela qualificação deles de modo permanente e integrado numa mesma diretriz.

Esta intenção de integração foi fomentada, em seguida, pelo Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, instituído pelo Decreto nº 7.179, de 20 de maio de 2010 [7]. Nesse Plano, a formação permanente dos profissionais do SUS e do SUAS se estende aos da Justiça e da Segurança Pública – Sistemas em interface frente aos problemas decorrentes do uso arriscado de drogas – e é posta como um eixo estruturante da política atual. Assim, a formação permanente se constitui como um dos objetivos voltados à garantia da integração das ações a serem desenvolvidas no país para o enfrentamento dos problemas multifacetados do uso arriscado de drogas.

Prevendo um diálogo com os profissionais desses Sistemas de serviços públicos (que devem atuar de modo integrado), as diretrizes dos Planos citados corroboram os princípios do SUS, da reforma psiquiátrica no Brasil, das Conferências Nacionais de Saúde Mental e da Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas [5; 6]. De fato, desde que o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) passou a vigorar (Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006), houve uma preocupação em usar a ciência contraposta à força da abordagem moral da dependência química, dominante no senso comum (e.g., “falta de força de vontade”, “caráter fraco”, “afastamento de Deus” etc.). Foi assim que a implantação de medidas de prevenção do uso e de cuidado (atenção) integral com reabilitação e reinserção social de pessoas com algum dos padrões de uso arriscado de drogas passou a ser pauta nas parcerias estabelecidas entre o governo e as Universidades, Institutos e outras instituições de produção e ensino de conhecimento.

Além da prevenção, o PEAD antevê o fomento ao desenvolvimento de estratégias de acolhimento dos usuários de drogas e das suas famílias e atenção integral aos mesmos nos serviços dos Sistemas governamentais de Saúde, Assistência Social, Justiça e Segurança Pública, o que justifica a formação permanente dos seus profissionais. De fato, o acolhimento das demandas dos que chegam aos profissionais desses Sistemas (que devem atuar em rede) e, posteriormente, a conversão dessas demandas em resoluções efetivas (tanto no tratamento dos problemas que configuram tais demandas quanto na prevenção desses mesmos problemas e/ou na promoção social e da saúde), tem sido o principal desafio apresentado ao SUS e ao SUAS. Parte desse desafio está no fato de que a consideração das questões multifacetadas geradoras do ou advindas do uso arriscado de drogas requer um trabalho em equipes multiprofissionais, com práticas interdisciplinares e intersetoriais, o que não é simples para profissionais ainda formados de modo fragmentado e isolado pelas escolas técnicas, faculdades e universidades. Tal desafio torna a formação profissional em crack, álcool e outras drogas um imperativo urgente, estendendo as investidas, outrora dirigidas apenas aos profissionais do SUS e do SUAS, também para os da Justiça e os da Segurança Pública, que são também essenciais para a reabilitação e a reinserção social das pessoas para quem o uso de drogas estiver relacionado com práticas infracionais; ou para a fiscalização da lei nos casos de internação involuntária ou compulsória de usuários; ou para o policiamento ostensivo e de proximidade no território de ação do SUS e do SUAS onde há maior concentração do uso ou do tráfico de drogas [7].

Nesta conjectura sociopolítica, os CRR's surgem para a formação permanente de profissionais. Essa formação deve considerar [7]: o contexto de vulnerabilidade biológica, psicológica e sociofamiliar dos usuários de crack e outras drogas; a necessidade de intensificar, ampliar e diversificar as intervenções com esses usuários e seus familiares; a necessidade de melhorar a rede de assistência do SUS e do SUAS destinada aos mesmos e a integração desses sistemas com a Justiça e a Segurança Pública; a necessidade de fortalecer o desempenho dos profissionais dos Sistemas de Justiça, de Segurança Pública e do Ministério Público diante das demandas desafiadoras impostas pelo uso arriscado de drogas; e a necessidade de formar

permanentemente os profissionais da rede de serviços e setores que integram estes Sistemas pela democratização do conhecimento científico sobre dependência química produzido nas Universidades e centros de pesquisa.

Assim, os CRR's estão previstos no Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas pelo Decreto número 7.179, de 20 de maio de 2010 [7]. Eles foram implantados pela SENAD/MJ, numa parceria com o Ministério da Educação (MEC), em 65 Instituições Federais de Ensino Superior.

Desde 2010, o objetivo dos CRR's é capacitar profissionais que atuam na rede pública do SUS e do SUAS. Entretanto, foi a partir de 2012 que foram incluídos os dos Sistemas de Justiça e Segurança Pública e os do Ministério Público. Apenas na primeira etapa de implantação dos CRR's, 960 municípios de diversos estados brasileiros foram abrangidos. A meta é capacitar 20 mil profissionais em todo o território nacional a partir de cursos estruturados em uma ementa nacional indicada em edital de chamamento público, cujos itens contemplam o protocolo de assistência a pessoas que fazem uso arriscado de drogas, definido pela Organização Mundial de Saúde. Isto coloca os CRR's como referência na execução de atividades de extensão universitária na área de crack e outras drogas, além das atividades de pesquisa e de ensino (multiprofissional) em nível de graduação e de pós-graduação lato e stricto sensu, dada a caracterização dos mesmos como projetos acadêmicos multicêntricos<sup>9</sup>.

## 1.2. Histórico do CRRESSES

O CRRESSES foi oportunizado pelo edital de chamamento público de nº 001/2012, da SENAD/MJ. Incentivado pela Coordenação Estadual Sobre Drogas do ano de 2012, da qual a segunda autora fazia parte na época, e articulado a uma grande equipe multiprofissional na área da Dependência Química no Espírito Santo, o primeiro autor, Professor da UFES, psicólogo, analista do comportamento, especialista em terapia cognitivo-comportamental e em dependência química, apresentou a proposta à SENAD. A proposta foi aprovada por responder as considerações e exigências da SENAD para a implantação dos CRR's.

Em cumprimento a tais exigências, e com o envolvimento das equipes de saúde mental e de promoção social dos municípios de Serra e de Cariacica/ES, foram obtidos compromissos formais de participação dos seus representantes nas Secretarias Municipais de Saúde e de Assistência Social para a implantação do CRRESSES.

O CRRESSES está implantado na UFES, Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN), Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento (DPSD), com apoio dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia (PPGP) e Psicologia Institucional (PPGPI), do CCHN, e Política Social (PPGPS), do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas (CCJE). Tem a participação de professores do Centro de Ciências da Saúde

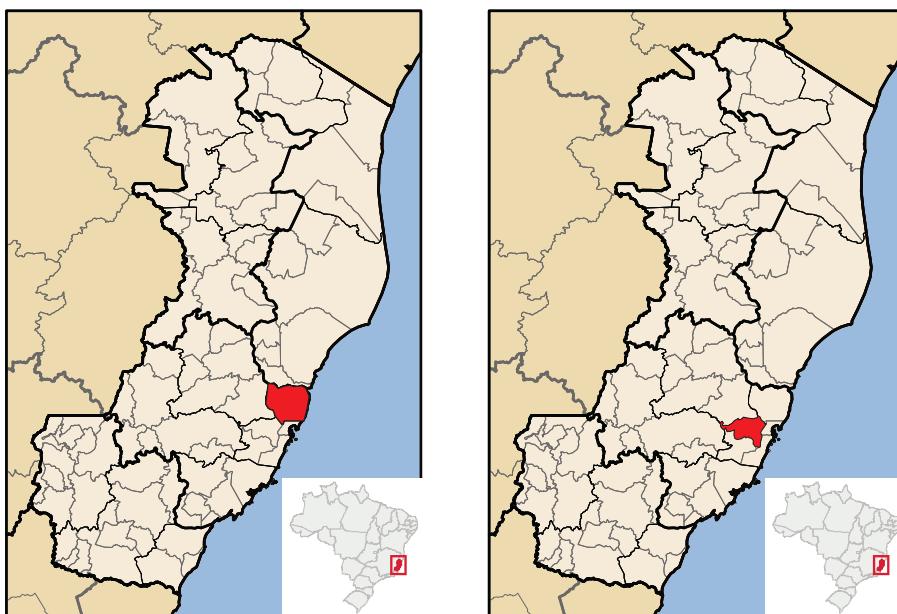
---

9. Por exemplo, o mestrado profissional em Prevenção e Assistência a Usuários de Álcool e outras Drogas, implantado na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS).

(CCS), do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas (CCJE); e de pesquisadores, mestrando e doutorando dos Programas de Pós-Graduação em Política Social (PPGPS), Ciências Fisiológicas (PPGCF), Psicologia (PPGP) e Psicologia Institucional (PPGPSI).

A escolha de Serra e de Cariacica foi intencional no aumento da relevância social do CRRESCES. São dois dos municípios integrantes da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV) no Espírito Santo (Figura 1), uma das cinco regiões urbanas mais violentas do País. Em 2000, uma investigação do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) classificou o município de Serra como a primeira, e Cariacica como a terceira cidade mais violenta do Brasil, sendo a Grande Vitória a região metropolitana mais violenta do país na época [10]. Esse fato levou RGV a ser alvo do Programa Ações Integradas na Prevenção ao Uso de Drogas e Violência e do Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania [3]. Dadas as consequências socioeconômicas da sua urbanização, Serra e Cariacica registram uma grande expansão do uso e do tráfico de drogas. O tráfico se nutre da condição de miséria... de drogas, que se nutre da condição de miséria de suas populações e da inoperância ou da dificuldade do poder público municipal em melhorar essa condição, especialmente a de Cariacica, onde mais de 36% da população é sem rendimentos [14].

Constata-se assim, que na RGV a miséria, aliada à urbanização desordenada, que se deve à quase total e absoluta ausência, anuência e/ou incompetência do Estado, contribui para o aumento da violência urbana, em que as maiores vítimas são os jovens, pobres e segregados, aumento esse evidenciado por um lado, pela fusão entre violência, crime e desordem, e por outro, pela crise e ineficiência institucional, que resultaram numa sociedade, nas últimas décadas do século XX, centrada no tripé: violência – criminalidade – narcotráfico. [14, p. 263].



**Figura 1:** Localização dos municípios de Serra e de Cariacica no mapa do Espírito Santo.

**Fonte:** Disponível em <[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/37/EspiritoSanto\\_Municip\\_Cariacica.svg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/3/37/EspiritoSanto_Municip_Cariacica.svg)> e em <[http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/89/EspiritoSanto\\_Municip\\_Serra.svg](http://upload.wikimedia.org/wikipedia/commons/8/89/EspiritoSanto_Municip_Serra.svg)> Acesso em: 24 nov. 2012.

Como em todo o Estado do Espírito Santo, também em Serra e em Cariacica ainda é carente a oferta de serviços eficientes prestados por profissionais qualificados para a atenção integral aos seus municípios que fazem uso arriscado de drogas. E não há oferta de capacitações continuadas, destinadas à formação profissional para a assistência aos que procuram os serviços públicos devido aos impactos biopsicossociais desse uso. A possibilidade de ofertar cursos para profissionais também dos Sistemas de Justiça, de Segurança Pública e do Ministério Público torna ainda mais potente e fértil a possibilidade do CRRESCES contribuir com a ampliação da oferta de atenção intersetorial integral aos usuários e famílias. A formação em setores diversos, numa mesma lógica de atenção, possibilita a construção de redes de serviços alinhadas conceitualmente, capazes de desenvolver suas ações de modo sinérgico e integrado. Quanto a esse aspecto, observa-se que se trata de dois municípios com redes assistenciais diferenciadas, em momentos distintos de sua organização, porém em franco momento de investimento em sua expansão, demandando possibilidades de formar equipes capazes de responder às necessidades de atenção integral intersetorial aos problemas relacionados ao uso arriscado de drogas.

### 1.3. Síntese do PPP do CRRESCES

A formação permanente no CRRESCES tem como foco a atenção integral intersetorial ao usuário de drogas e aos seus familiares e ocorre, inicialmente, em seis cursos em nível de atualização: 60 horas de carga horária total em cada curso.

Todos os cursos são na modalidade de ensino presencial, em salas de aula da UFES, num período de duração de dois meses a dois meses e meio. A UFES, pela Pró-Reitoria de Extensão (PROEx), certifica os profissionais formados. O Centro de Ciências Humanas e Naturais (CCHN) oferece a infraestrutura necessária ao ensino como contrapartida do termo de cooperação UFES-SENAD/MJ.

A forma de ingresso nas turmas é por mérito e/ou necessidade de cada unidade de serviço das prefeituras parceiras. A partir da metodologia de “bola de neve”, que visa abranger profissionais em diferentes pontos da rede assistencial nos diferentes Sistemas de governo municipal, o profissional merecedor da vaga é indicado pelo gestor direto da unidade do serviço onde o profissional atua. Essa indicação é corroborada pelos membros das equipes de Referência Técnica em Saúde Mental municipais e pelo Conselho Gestor do CRRESCES, formado por três membros de cada município parceiro (da Saúde Mental, da Assistência Social e da Formação Permanente) e pelo coordenador geral. O Conselho Gestor tem poder de deliberação.

Os cursos são planejados a partir de quatro eixos estruturantes: 1) Políticas Públicas sobre Drogas, 2) Conceitos em Dependência Química, 3) Intervenção na Dependência Química e 4) Desenvolvimento Humano e Uso de Drogas. Esses eixos, por sua vez, organizam os dois ciclos da formação: 1) Núcleo Comum e 2) Núcleo da Ênfase.

O **Núcleo Comum** é composto por três disciplinas comuns aos seis cursos, totalizando aproximadamente 30% das 60 horas de cada curso: 1) Políticas Públicas sobre Drogas, 2) Conceitos em Dependência Química e 3) Tópicos Básicos da Intervenção em Dependência Química.

O **Núcleo da Ênfase** é composto por disciplinas que complementam o Núcleo Comum com as especificidades de cada curso, distribuídas em, no mínimo, 60% da carga horária total. A formação permanente no CRRESCES ocorre nas seguintes ênfases: **1) Atenção Primária à Saúde, 2) Hospital Geral, Urgência e Emergência, 3) Sistema Único de Assistência Social e 4) Sistema Judiciário.**

## 2. IDENTIFICAÇÃO DOS CURSOS DO SEU PÚBLICO-ALVO

Os cursos têm um número – que não necessariamente indica a ordem de sua oferta – e cada um é dirigido a um público específico.

Curso 1: ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS, dirigido a profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde atuantes no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF).

Curso 2: ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL PARA USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS, dirigido a profissionais de saúde atuantes em hospitais gerais e/ou unidades de urgência e emergência.

Curso 3: ATUALIZAÇÃO SOBRE INTERVENÇÃO BREVE E ACONSELHAMENTO MOTIVACIONAL EM CRACK E OUTRAS DROGAS, dirigido a Agentes Comunitários de Saúde, e/ou Redutores de Danos e/ou Agentes Sociais da Abordagem de Rua/Consultório de Rua.

Curso 4: ATUALIZAÇÃO EM GERENCIAMENTO DE CASO E EM REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS, dirigido a profissionais de nível superior das redes SUS e SUAS, preferencialmente do SUAS.

Curso 5: ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS, dirigido a profissionais do Sistema de Justiça, de Segurança Pública e do Ministério Público.

Curso 6: ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS, dirigido a profissionais do Sistema de Justiça, da Defensoria Pública e do Ministério Público e entidades ou órgãos no âmbito municipal que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

Os cursos com as ênfases Atenção Primária à Saúde e Hospital Geral, Urgência e Emergência atingem os profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF), do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), de unidades hospitalares de alta complexidade (Hospitais Gerais) e de média complexidade (Unidades de Pronto Atendimento – UPA's). Pela abrangência da Atenção Primária à Saúde e do conceito de promoção de saúde a ela atrelado, esses cursos atingem também os agentes sociais do serviço de abordagem de rua, do SUAS, em integração com os agentes comunitários de saúde e com os agentes do serviço de consultório de rua.

O curso com ênfase no **Sistema Único de Assistência Social** atinge profissionais de serviços estratégicos do SUS (os dos Centros de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas [CAPS-AD] ou Centros de Atenção Psicossocial Transtorno [CAPS], Consultório de Rua e serviço social de Unidades de Atenção Primária à Saúde e de Unidades Regionais de Saúde), porém a maior parte do público-alvo é de profissionais dos serviços do SUAS diretamente ligados à reinserção social: Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS).

Os cursos com ênfase no **Sistema Judiciário** são ofertados para profissionais: 1) de diversos serviços que, como serviços do poder executivo municipal, atuam na interface com a Justiça, fazendo cumprir leis, estatutos e medidas judiciárias nos serviços estratégicos dos municípios parceiros; 2) de instituições e/ou órgãos estaduais dos Sistemas de Justiça e de Segurança Pública localizados nos municípios parceiros, não envolvidos com as medidas socioeducativas. Portanto, inclui Polícia Militar, Juizado de Violência Doméstica, Juizado Criminal, Ministério Público, Defensoria, Secretaria de Defesa Social, Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria da Mulher e Secretaria do Idoso. O curso 6 atinge profissionais de diversos serviços municipais, ou estaduais situados no território dos municípios parceiros, e que atuam com adolescentes/crianças: Programa de Proteção a Crianças e Adolescentes Ameaçados de Morte (PPCAAM), Serviço de Acompanhamento da Prestação de Serviços à Comunidade e da Liberdade Assistida (CREAS/LA/PSC), Serviço de Acolhimento Institucional para crianças e adolescentes (abrigos, casas lares e casas de passagem), Conselhos Tutelares, Secretaria de Educação, Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, Juizado da Infância e Juventude, Ministério Público e Defensoria. Como as principais unidades do Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (IASES) se situam em Cariacica, uma parte das vagas do curso 6 é destinada aos seus servidores.

### **3. DIRETRIZES DA FORMAÇÃO PERMANENTE**

#### **3.1. Fundamentos da Formação**

O CRRESCES tem como pressuposto básico o oferecimento de uma formação permanente em assistência integral e intersetorial na área da dependência química pautada:

1. no conhecimento científico e nas diretrizes das políticas internacionais e nacionais sobre saúde mental e sobre drogas, derivadas do consenso a partir desse conhecimento;
2. no conhecimento adequado que os profissionais já possuem sobre drogas e sobre as realidades municipais dos serviços públicos da assistência aos usuários de crack e outras drogas;
3. nos direitos humanos e nas diretrizes do SUS e do SUAS, que garantirão a discussão e a implementação de espaços de acolhimento das demandas de atenção integral aos usuários de crack e outras drogas nos locais de prestação de serviços públicos municipais.

### **3.2. Objetivos da formação**

1. Formar profissionais de nível médio e superior, provenientes da diversidade de formações e funções técnicas dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e Ministério Público para uma assistência intersetorial integral aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, em quatro ênfases: Atenção Primária à Saúde; Hospital Geral, Urgência e Emergência; Sistema Único de Assistência Social; e Sistema Judiciário.
2. Formar para uma assistência pautada numa relação profissional ética com o usuário de crack e outras drogas e com os seus familiares; ética esta que será inserida de modo transversal em todas as disciplinas dos cursos da formação permanente, por ser elemento norteador das relações humanas em todos os níveis da vida, além do nível profissional.
3. Formar para uma assistência pautada na ciência, nas políticas públicas, nas demandas dos movimentos sociais da área da saúde mental e nas experiências nacionais, regionais e locais que funcionam por aplicar a ciência (práticas baseadas em evidência) e as diretrizes dessas políticas e movimentos.
4. Formar para uma assistência integral intersetorial, numa visão multidisciplinar do uso arriscado de drogas, a ser garantida por um corpo docente permanente formado por doutores, mestres ou especialistas, com formação em Ciências Farmacêuticas, Medicina, Psicologia, Terapia Ocupacional, Enfermagem e Serviço Social, experiente na área da Dependência Química e com histórico de atuação em ensino, pesquisa, extensão e assistência em Universidades, em Políticas Públicas, em Centros de Atenção Psicossocial – transtornos mentais e álcool e drogas, em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS's) e em Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS's).

### **3.3. Perfil dos formandos**

O perfil dos profissionais a serem formados pelo CRRESCES é ditado pelas Conferências Nacionais de Saúde Mental e pela política do Ministério da Saúde para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas [5]. Trata-se de um perfil voltado à atenção integral em saúde mental que parte de uma visão multidimensional do fenômeno do uso arriscado de drogas: psicofisiológica, sociocultural, subjetiva e política.

Assim, o perfil será obtido pelo diálogo com o modo das diferentes ciências e profissões compreenderem o fenômeno da dependência química em suas interfaces, visando à formação para um serviço público de qualidade, por obedecer aos princípios do SUS e do SUAS, firmados pelos movimentos sociais das áreas da saúde e assistência social. Portanto, os formados definem-se pela aquisição de competências e habilidades para analisar e intervir em necessidades de usuários de crack e outras drogas (e de seus familiares) no âmbito das ênfases da formação e, bem como, para a participação decisória nas políticas públicas municipais e na gestão de seus serviços voltados a essas necessidades.

### 3.4. Competências e Habilidades da formação

As atividades da formação permanente arranjam contingências (em exposição dialogada, material didático interativo com estratégias de ensino a distância, atividades de campo, depoimentos, estudo de casos, role playing ou ensaio de comportamento, filmes entre outras estratégias ativas) para a aquisição de um conjunto de competências e habilidades necessárias à atenção integral aos usuários de crack e outras drogas e aos seus familiares. O ensino é aplicado, visando à generalização do que foi aprendido às demandas dos serviços municipais nos quais os profissionais atuam.

Entende-se competência (ou capacidade) como um conjunto de habilidades específicas que, por sua vez, são ações observáveis ou não observáveis (inferidas das observáveis) que indicam que ela (competência ou capacidade) foi adquirida pelo formando [15]. Nesse sentido, toda forma de capacitação visa ensinar habilidades. No CRRESCES essas habilidades estão relacionadas ao contato profissional com o fenômeno do uso arriscado de drogas e com a interferência nesse fenômeno de modo a modificá-lo.

#### 3.4.1. Habilidades das competências comuns da formação

##### 3.4.1.1. Habilidades da competência na absorção da informação

- Entender e interpretar corretamente dados fornecidos no contato com o usuário de drogas e/ou com seus familiares.
- Entender as principais políticas públicas sobre drogas no Brasil.
- Entender a função dos recursos do SUS e do SUAS existentes na rede de atenção municipal para a atenção integral aos usuários de drogas e aos seus familiares.
- Entender conceitos básicos para a compreensão do uso indevido de drogas: droga, padrões de uso, bases neurobiológicas da dependência e efeitos no sistema nervoso central.
- Entender os principais modelos de intervenção em dependência química e as principais abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas e aos seus familiares.

##### 3.4.1.2. Habilidade da competência na transmissão da informação e na comunicação

- Expressar bem (em linguagem oral e escrita) as questões relacionadas ao uso arriscado de drogas.

##### 3.4.1.3. Habilidades da competência no acesso à informação

- Buscar e pesquisar a informação sobre temas referentes às drogas.
- Memorizar a informação essencial e de uso constante no campo da dependência química.

##### 3.4.1.4. Habilidades da competência de análise da informação

- Avaliar e analisar criticamente a informação sobre uso arriscado de drogas, especialmente aquelas fornecidas por usuários e/ou familiares de usuários e que dizem respeito a direitos (e.g., assistência jurídica ou tratamento) ou aquelas fornecidas por pesquisas epidemiológicas.
- Identificar padrões de uso de drogas, ou tendências para o uso, em encontros com pacientes e familiares de pacientes.

### **3.4.1.5. Habilidade da competência epistemológico-ética**

- Diferenciar, no campo das drogas, questões de senso comum, de religião, de cultura ou de ciência, estabelecendo critérios adequados de “certo” ou “errado”, “bem” ou “mal”, “saudável” ou “patológico”.

### **3.4.1.6. Habilidades da competência de compreensão**

- Compreender o funcionamento do indivíduo em sua relação com a droga, nos planos biológico, pessoal e cultural.
- Compreender as manifestações culturais do uso de drogas.

### **3.4.1.7. Habilidade da competência interpessoal**

- Relacionar-se com membros de equipes multiprofissionais nos diversos setores do serviço público que assistem às pessoas que fazem uso arriscado de drogas e/ou aos seus familiares.

### **3.4.1.8. Habilidade da competência de ação direcionada**

- Encaminhar a solução de problemas (distinguindo urgência e emergência) envolvendo demandas de usuários de drogas e de seus familiares de modo integral e intersetorial.

## **3.4.2. Habilidades das competências por ênfase da formação**

### **3.4.2.1. Ênfase 1: Atenção Primária à Saúde**

#### **3.4.2.1.1 Habilidades combinadas das competências de absorção e análise da informação e da competência de ação direcionada.**

- Entender e analisar criticamente a Política de Saúde Mental e as peculiaridades da sua aplicação na Atenção Primária à Saúde no município.
- Entender e diferenciar ações nos níveis de intervenção no uso de drogas.
- Entender os propósitos e as estratégias: 1) da reabilitação e reinserção social de usuários de drogas, 2) da análise de fatores de risco e de proteção do uso de drogas e/ou 3) da redução de danos do uso arriscado de drogas.
- Entender, analisar criticamente e encaminhar solução para os problemas de usuários que demandam: 1) intervenção farmacológica para a intoxicação por drogas, para a síndrome de abstinência de drogas, comorbidades, etc.; 2) intervenção breve e aconselhamento motivacional; e/ou 3) internação.

### **3.4.2.2. Ênfase 2: Hospital Geral, Urgência e Emergência**

#### **3.4.2.2.1. Habilidades combinadas das competências de absorção e análise da informação e da competência de ação direcionada.**

- Entender, analisar criticamente e encaminhar soluções de problemas de usuários de drogas e de seus familiares no âmbito do hospital geral (e/ou urgência e emergência) que demandam: 1) atenção integral, hospitalar ou extra-hospitalar, por meio dos mecanismos de referência e contra-referência interna e externa; 2) intervenção farmacológica para a intoxicação por drogas, para a síndrome de abstinência de drogas, comorbidades e etc.; e 3) internação e alta.

## 4. ORGANIZAÇÃO CURRICULAR DOS CURSOS

### 4.1. Núcleo Comum e Núcleos das Ênfases

A formação é garantida por atividades didáticas ou estratégias ativas de ensino (exposição dialogada, material didático interativo com estratégias de ensino a distância, atividades de campo, estudo de casos, ensaio de comportamento entre outras) que visam obter um conjunto de habilidades, parte das competências ou capacidades específicas previstas. Tais capacidades são os alvos das capacitações – geral (pelo Núcleo Comum) e específica (pelo Núcleo da Ênfase) – que, por sua vez, estão previstas para advir da formação permanente em quatro eixos estruturantes: 1) Políticas Públicas sobre Drogas, 2) Conceitos em Dependência Química, 3) Intervenção na Dependência Química e 4) Desenvolvimento Humano e Uso de Drogas.

O Núcleo Comum é formado pelas seguintes disciplinas, comuns a todos os cursos:

- 1) Políticas Públicas sobre Drogas,
- 2) Conceitos em Dependência Química,
- 3) Tópicos Básicos da Intervenção em Dependência Química.

Os Núcleos das Ênfases são formados por disciplinas específicas, algumas comuns a duas ou mais ênfases.

A ênfase em Atenção Primária à Saúde é dada nos cursos 1 e 3 e é formada por 10 disciplinas, de um e/ou de outro destes dois cursos:

- 1) Política Nacional de Saúde Mental,
- 2) Intoxicação por Drogas,
- 3) Síndrome de Abstinência,
- 4) Níveis de Intervenção na Dependência Química,
- 5) Reabilitação e Reinserção Social na Dependência Química,
- 6) Farmacoterapia da Dependência Química,
- 7) Intervenções Motivacionais na Dependência Química,
- 8) Redução de Danos da Dependência Química,
- 9) Internação e Alta de Usuários de Drogas,
- 10) Análise de Fatores de Risco e de Proteção do Uso de Drogas.

A ênfase em Hospital Geral, Urgência e Emergência é dada no curso 2 e é formada por cinco disciplinas:

- 1) Atenção Integral ao Usuário de Drogas no Hospital Geral,
- 2) Intoxicação por Drogas,
- 3) Síndrome de Abstinência,
- 4) Farmacoterapia da Dependência Química,
- 5) Internação e Alta de Usuários de Drogas.

A ênfase em Sistema Único de Assistência Social é dada no curso 4 e é formada por seis disciplinas:

- 1) Impactos do Uso do Crack e Análise de Condições Sociais do Usuário,
- 2) Reabilitação e Reinserção Social na Dependência Química,
- 3) Intervenções Motivacionais na Dependência Química,
- 4) Análise de Fatores de Risco e de Proteção do Uso de Drogas,
- 5) Estratégias de Prevenção de recaída no Uso de Drogas,
- 6) Gerenciamento de Caso em Dependência Química.

A ênfase em Sistema Judiciário é dada nos cursos 5 e 6 (o curso 6 se diferencia do 5 pelo foco nos usuários de drogas adolescentes cumprindo medidas socioeducativas). É formada por 12 disciplinas, de um e/ou de outro desses dois cursos:

- 1) Política Nacional de Saúde Mental,
- 2) Reabilitação e Reinserção Social na Dependência Química,
- 3) Intervenções Motivacionais na Dependência Química,
- 4) Análise de Fatores de Risco e de Proteção do Uso de Drogas,
- 5) Internação e Alta de Usuários de Drogas,
- 6) Estratégias de Prevenção de Recaída no Uso de Drogas,
- 7) Redução de Danos da Dependência Química,
- 8) Políticas Sobre Drogas e Sistema Judiciário,
- 9) Abordagens da Família do Usuário de Drogas,
- 10) Desenvolvimento Típico e Atípico da Adolescência e Uso de Drogas,
- 11) Intoxicação por Drogas,
- 12) Síndrome de Abstinência.

#### **4.2. Minutas dos cursos**

##### **“Curso 1”**

##### **ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS: ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

##### **I- IDENTIFICAÇÃO DO CURSO**

**NOME DO CURSO:** ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS COM ÊNFASE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

**COORDENAÇÃO:** FABIANA DRUMOND MARINHO, Terapeuta Ocupacional, Mestre em Teatro (Reabilitação Psicossocial de Toxicômanos) pela UFRJ, Doutoranda em Psicologia (Psicologia e Saúde) pela UFES, Professora da UFES (Terapia Ocupacional); Possui experiência clínica em Terapia Ocupacional em Saúde Mental (álcool/outras drogas), Experiência no CPTT (CAPSad-III – Vitória - ES).

**MODALIDADE: ATUALIZAÇÃO PRESENCIAL**

**VAGAS: 40 (QUARENTA)**

**PÚBLICO-ALVO:** Profissionais de nível superior da Atenção Primária à Saúde, atuantes no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF).

**CARGA HORÁRIA:** 60 HORAS

**ÊNFASE DA FORMAÇÃO PERMANENTE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**CORPO DOCENTE:**

**ALEX MACHADO**, Psicólogo, Mestre em Psicologia e Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento) pela UFES (PPGP), Atuação em CAPS e Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da Faculdade Pitágoras (Psicologia).

**ANDRÉA ROMANHOLI**, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela FAESA, Psicóloga (Vitória - ES), Professora da Faculdade Salesiana.

**APARECIDA ANDRADE**, Assistente Social, Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia (Análise Comportamental da Cultura) pela UFES (PPGP), com atuação com gerenciamento de casos de uso de drogas em culturas organizacionais (PETROBRAS).

**CATARINE LIMA CONTI**, Fisioterapeuta, Mestre em Fisiologia e Doutora em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGCF) – Laboratório de Neuropsicofarmacologia.

**ELIZEU BORLOTI**, Psicólogo, Doutor em Psicologia pela PUC/SP (com estágio na WVU-USA), Especialista em Dependência Química pela UFES, em Terapia Cognitiva e Comportamental pela USP e em Terapia Comportamental de Grupos pela PUC-SP, Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da UFES (Psicologia) e do PPGP.

**FABIOLA XAVIER LEAL**, Assistente Social, Mestre em Política Social, Doutoranda em Política Social pela UFES (PPGPS), Atuação em políticas sociais na área de álcool e outras drogas, Professora da UFES (Serviço Social).

**JANINE ANDRADE MOSCON**, Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGFC – Laboratório de Neuropsicofarmacologia), Médica do CPTT – CAPSad III (Vitória-ES), do CAPSad (Serra-ES) e professora de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV).

**JOVANA GOBBI MARCHESI CIRÍACO**, Médica, Doutora em Neurologia pela USP, Especialista em Neurologia, Professora da UFES, EMESCAM e UNIVIX (Medicina).

**MARIA CRISTINA CAMPOLLO LAVRADOR**, psicóloga, Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela UFRJ e Doutorado em Psicologia pela UFES. Professora da UFES e do PPGPSI. Atua na área de Saúde com ênfase em Políticas de Saúde Mental.

## **II – OBJETIVOS DO CURSO**

### **GERAL**

Ao final do curso, os formandos, em suas atividades profissionais no contexto da Atenção Primária à Saúde, especificamente no Programa de Saúde da Família (PSF) e no Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF), deverão ser capazes de mostrar as competências e as habilidades necessárias para a assistência integral aos usuários de crack e/ou de outras drogas e aos seus familiares.

### **ESPECÍFICOS**

1. Entender as principais políticas públicas sobre drogas no Brasil e as redes de atenção - SUS e SUAS.
2. Entender a política nacional de Saúde Mental e suas relações com outras políticas públicas e com a Atenção Primária.
3. Entender conceitos básicos para a compreensão do uso arriscado de drogas: droga, padrões de uso, bases neurobiológicas da dependência e efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central.
4. Conhecer as principais complicações clínicas e intervenções farmacológicas baseadas em evidências para a intoxicação aguda e crônica por drogas e para a síndrome de abstinência de drogas.
5. Conhecer os modelos de intervenção em dependência química, as principais abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas e aos seus familiares e as redes de apoio e reinserção social.
6. Conhecer a reabilitação aplicada à dependência química e as estratégias para a reinserção social do usuário de drogas.
7. Entender as intervenções motivacionais na dependência química – Intervenção Breve e Entrevista Motivacional.
8. Compreender a lógica da Redução de Danos na dependência química e sua inserção nas políticas públicas sobre drogas.
9. Conhecer os principais critérios biopsicossociais para internação e alta de usuários de crack, álcool e outras drogas, as modalidades de internação e seus níveis de complexidade.

## **III – EMENTÁRIO**

### **NÚCLEO COMUM**

#### **POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS**

**EMENTA:** Epidemiologia do uso de drogas no mundo, no Brasil e no Espírito Santo como contexto para a emergência de políticas públicas. Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política Nacional sobre o Álcool. Políticas setoriais de saúde e de assistência

social. Rede de atenção: SUS - Sistema Único de Saúde (PSF - Programa de Saúde da Família, NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, HG - Hospital Geral) e SUAS – Sistema Único de Assistência Social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social) nos municípios de Serra e Cariacica e suas interrelações.

## **CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Conceito de droga. Padrões de uso de drogas: experimentação, uso recreativo, intoxicação aguda, uso crônico, uso nocivo, dependência e abstinência. Neurobiologia da dependência química. Efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central.

## **TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Modelos de intervenção em dependência química: dos modelos antigos aos modelos contemporâneos. Acolhimento ao usuário de drogas na rede de assistência. Abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas. Abordagens da família do usuário de drogas. Redes de apoio e reinserção social do usuário de drogas.

## **NÚCLEO DA ÊNFASE**

### **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL**

**EMENTA:** Breve história da saúde mental: impactos políticos e a realidade brasileira. Princípios de saúde mental segundo a OMS e o Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental no Brasil: relações com outras políticas públicas e com a Atenção Primária. Funcionamento da saúde mental em nível municipal (Serra e Cariacica).

### **INTOXICAÇÃO POR DROGAS**

**EMENTA:** Conceitos básicos de Toxicologia. Intoxicação aguda e crônica por drogas específicas: caracterização, sinais e sintomas. Fases da intoxicação por drogas específicas. Intoxicação por mais de uma droga: efeitos na toxicidade em separado e em combinação.

### **SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA**

**EMENTA:** Definição clínica da síndrome de abstinência de drogas. Conceitos relacionados à síndrome de abstinência: neuroadaptação de prejuízo (tolerância), neuroadaptação de oposição (abstinência), dependência física, dependência psíquica e a adição/comportamento adictivo e o ciclo da adição. Síndrome de abstinência aguda, tardia e condicionada. Caracterização da síndrome de abstinência de drogas específicas.

### **FARMACOTERAPIA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Tratamento farmacológico na abordagem geral da dependência química:

consensos e controvérsias. Farmacoterapia na intoxicação aguda e crônica por drogas. Farmacoterapia na síndrome de abstinência de drogas específicas. Comorbidades psiquiátricas e Transtorno por Uso de Substância.

### **REABILITAÇÃO APLICADA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Reabilitação e reinserção social: justificativas e conceitos. Pressupostos básicos e modelos para o processo de reabilitação. Focos da reabilitação na dependência química. Passos da reabilitação na atenção intersetorial integral a usuários de drogas. Estratégias de reabilitação para a reinserção social de usuários de drogas.

### **INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Motivação: os porquês do uso de drogas. Fatores de consolidação do uso regular de drogas. Ambivalência entre usar e não usar droga: conceito e determinação. Estágios da motivação para o uso e para a abstinência do uso de drogas: caracterização e avaliação. Intervenção breve e entrevista motivacional com usuários de drogas: definição, fundamentos, objetivos e estratégias. Fases e habilidades da intervenção breve e da entrevista motivacional.

### **REDUÇÃO DE DANOS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Breve história das políticas e práticas de redução de danos no mundo e no Brasil. Noções de risco e de dano aplicadas ao uso indevido de drogas. A lógica da redução de danos na lógica da redução da oferta e da demanda de drogas. Inserção da redução de danos nas políticas públicas sobre drogas. Princípios e estratégias da redução de danos da dependência química. Análise de experiências em redução de danos.

### **INTERAÇÃO E ALTA DE USUÁRIOS DE DROGAS**

**EMENTA:** Tipos de internação em dependência química: voluntária, involuntária e compulsória. Critérios biopsicossociais para a internação e alta de usuários de drogas.

## **IV – DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA**

### **JUSTIFICATIVAS DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA**

Considerando que: 1) ainda existem lacunas na formação teórico-prática da clínica das dependências químicas para os diversos profissionais de saúde; 2) o público alvo do curso 1 são profissionais atuantes na Atenção Primária (PSF e NASF); 3) há a necessidade do conhecimento, por parte destes profissionais, da rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (SUS e SUAS); 4) é necessária a instrumentalização destes profissionais para que sejam capazes de proporcionar a atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas no âmbito da Atenção Primária, e que sejam capazes de realizar a correta contra-referência dos casos quando esta for indicada; as horas-aula do curso foram distribuídas de modo diferenciado entre as disciplinas.

## QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

NÚCLEO	DISCIPLINA	CH
COMUM	Políticas Públicas sobre Drogas	8
	Conceitos em Dependência Química	6
	Tópicos Básicos da Intervenção em Dependência Química	6
<b>CARGA HORÁRIA DO NÚCLEO COMUM</b>		<b>20</b>
ÊNFASE	Política Nacional de Saúde Mental	4
	Intoxicação por Drogas	8
	Síndrome de Abstinência	6
	Farmacoterapia da Dependência Química	6
	Reabilitação Aplicada à Dependência Química	4
	Intervenções Motivacionais na Dependência Química	4
	Redução de Danos na Dependência Química	4
	Internação e Alta de Usuários de Drogas	4
<b>CARGA HORÁRIA DA ÊNFASE</b>		<b>40</b>
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>		<b>60</b>

## “Curso 2”

### ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL EM CRACK E OUTRAS DROGAS: ÊNFASE EM HOSPITAL GERAL, URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

#### I-IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

**NOME DO CURSO:** ATUALIZAÇÃO EM ATENÇÃO INTEGRAL EM CRACK E OUTRAS DROGAS

**COORDENAÇÃO:** JANINE ANDRADE MOSCON, Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGFC – Laboratório de Neuropsicofarmacologia), Médica do CPTT – CAPSad III (Vitória-ES) e do CAPSad (Serra-ES).

**MODALIDADE:** ATUALIZAÇÃO PRESENCIAL

**VAGAS:** 50 (CINQUENTA)

**PÚBLICO-ALVO:** PROFISSIONAIS ATUANTES EM HOSPITAIS GERAIS

**CARGA HORÁRIA:** 60 HORAS

ÊNFASE DA FORMAÇÃO PERMANENTE: HOSPITAL GERAL

#### CORPO DOCENTE:

**FABIOLA XAVIER LEAL**, Assistente Social, Mestre em Política Social, Doutoranda em Política Social pela UFES (PPGPS), Atuação em políticas sociais na área de álcool e outras drogas, Professora da UFES (Serviço Social).

**ANDRÉA ROMANHOLI**, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela FAESA, Psicóloga (Vitória - ES), Professora da Faculdade Salesiana.

**APARECIDA ANDRADE**, Assistente Social, Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia (Análise Comportamental da Cultura) pela UFES (PPGP), com atuação com gerenciamento de casos de uso de drogas em culturas organizacionais (PETROBRAS).

**CATARINE LIMA CONTI**, Fisioterapeuta, Mestre em Fisiologia e Doutora em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGCF) – Laboratório de Neuropsicofarmacologia.

**JANINE ANDRADE MOSCON**, Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGFC – Laboratório de Neuropsicofarmacologia), Médica do CPTT – CAPSad III (Vitória-ES), CAPSad (Serra-ES) e professora de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV).

**JOVANA GOBBI MARCHESI CIRÍACO**, Médica, Doutora em Neurologia pela USP, Especialista em Neurologia, Professora da UFES, EMESCAM e UNIVIX (Medicina).

## II – OBJETIVOS DO CURSO

### GERAL

Ao final do curso, os formandos, em suas atividades profissionais no contexto do Hospital Geral, deverão ser capazes de mostrar as competências e as habilidades necessárias para a assistência integral aos usuários de crack e/ou de outras drogas e aos seus familiares.

### ESPECÍFICOS

1. Entender as principais políticas públicas sobre drogas no Brasil.
2. Entender a função dos recursos do SUS e do SUAS existentes na rede de atenção municipal para a atenção integral aos usuários de drogas e aos seus familiares.
3. Entender conceitos básicos para a compreensão do uso indevido de drogas: droga, padrões de uso, bases neurobiológicas da dependência e efeitos das drogas no sistema nervoso central.
4. Entender os principais modelos de intervenção em dependência química e as principais abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas e aos seus familiares.
5. Conhecer os diferentes níveis da atenção integral ao usuário de crack, álcool e outras drogas nos âmbitos hospitalar e/ou extra-hospitalar e os mecanismos de referência e contra-referência interna e externa.
6. Conhecer as principais complicações clínicas e intervenções farmacológicas baseadas em evidências para a intoxicação aguda e crônica por drogas e para a síndrome de abstinência de drogas.
7. Conhecer os principais critérios biopsicossociais para internação e alta de usuários de crack, álcool e outras drogas, as modalidades de internação e seus níveis de complexidade.

## III – EMENTÁRIO

### NÚCLEO COMUM

#### POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

**EMENTA:** Epidemiologia do uso de drogas no mundo, no Brasil e no Espírito Santo como contexto para a emergência de políticas públicas. Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política Nacional sobre o Álcool. Políticas setoriais de saúde e de assistência social. Rede de atenção: SUS - Sistema Único de Saúde (PSF - Programa de Saúde da Família, NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, HG - Hospital Geral) e SUAS – Sistema Único de Assistência Social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social) nos municípios de Serra e Cariacica e suas interrelações.

#### CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Conceito de droga. Padrões de uso de drogas: experimentação, uso recreativo, intoxicação aguda, uso crônico, uso nocivo, dependência e abstinência. Neurobiologia da dependência química. Efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central.

## TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Modelos de intervenção em dependência química: do modelo moral ao modelo biopsicossocial. Acolhimento ao usuário de drogas na rede de assistência. Abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de crack e ao usuário de outras drogas. Abordagens da família do usuário de crack e de outras drogas. Redes de apoio e reinserção social do usuário de drogas.

### NÚCLEO DA ÊNFASE

#### INTOXICAÇÃO POR DROGAS

**EMENTA:** Conceitos básicos de Toxicologia. Intoxicação aguda e crônica por drogas específicas: caracterização, sinais e sintomas. Fases da intoxicação por drogas específicas. Intoxicação por mais de uma droga: efeitos na toxicidade em separado e em combinação.

#### SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA

**EMENTA:** Definição clínica da síndrome de abstinência de drogas. Conceitos relacionados à síndrome de abstinência: neuroadaptação de prejuízo (tolerância), neuroadaptação de oposição (abstinência), dependência física, dependência psíquica e a adição/comportamento adictivo e o ciclo da adição. Síndrome de abstinência aguda, tardia e condicionada. Caracterização da síndrome de abstinência de drogas específicas.

#### FARMACOTERAPIA DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** O tratamento farmacológico na abordagem geral da dependência química: consensos e controvérsias. Farmacoterapia na intoxicação aguda e crônica por drogas. Farmacoterapia na síndrome de abstinência de drogas específicas. Comorbidades psiquiátricas e Transtorno por Uso de Substância.

#### ATENÇÃO INTEGRAL AO USUÁRIO DE DROGAS NO HOSPITAL GERAL

**EMENTA:** Conceito de Atenção Integral relativa ao hospital geral a partir da legislação sobre drogas (Lei 10.216, de 6 de abril de 2001; Portaria GM/MS 1612, de 9 de setembro de 2005; Portaria 1190, de 4 de junho de 2009; Decreto 7179, de 20 de maio de 2010; Portaria/GM 3088, de 23 de dezembro de 2011). Referência e Contrareferência nos níveis de complexidade em casos de usuários de drogas. Desafios da Implantação Serviço Hospitalar de Referência para Álcool e outras Drogas (SHR-ad).

#### INTERNAÇÃO E ALTA DE USUÁRIOS DE DROGAS

**EMENTA:** Tipos de internação em dependência química: voluntária, involuntária e compulsória. Critérios biopsicossociais para a internação e alta de usuários de drogas.

## IV – DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

### JUSTIFICATIVAS DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

Considerando que: 1) ainda existem lacunas na formação teórico-prática da clínica das dependências químicas para os diversos profissionais de saúde; 2) o público alvo do curso 2 são profissionais atuantes em Hospital Geral, serviços de urgência e emergência; 3) há a necessidade do conhecimento por parte destes profissionais da rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas; 4) é necessária a instrumentalização destes profissionais para que sejam capazes de proporcionar a atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas no âmbito do hospital geral e que sejam capazes de realizar a correta contra-referência dos casos quando esta for indicada, as horas-aula do curso foram distribuídas de modo diferenciado entre as disciplinas.

### QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

NÚCLEO	DISCIPLINA	CH
COMUM	Políticas públicas sobre drogas	8
	Conceitos em dependência química	8
	Tópicos básicos da intervenção em dependência química	4
<b>CARGA HORÁRIA DO NÚCLEO COMUM</b>		20
ÊNFASE	Intoxicação por drogas	8
	Síndrome de abstinência	8
	Farmacoterapia da dependência química	8
	Atenção integral ao usuário de drogas no hospital geral	8
	Internação e alta de usuários de drogas	8
<b>CARGA HORÁRIA DA ÊNFASE</b>		40
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>		<b>60</b>

## “Curso 3”

### ATUALIZAÇÃO SOBRE INTERVENÇÃO BREVE E ACONSELHAMENTO MOTIVACIONAL EM CRACK E OUTRAS DROGAS

#### I- IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

##### NOME DO CURSO:

ATUALIZAÇÃO SOBRE INTERVENÇÃO BREVE E ACONSELHAMENTO MOTIVACIONAL EM CRACK E OUTRAS DROGAS

##### COORDENAÇÃO:

**ALEX MACHADO**, Psicólogo, Mestre em Psicologia e Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento) pela UFES (PPGP), Atuação em CAPS e Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da Faculdade Pitágoras (Psicologia).

**RAFAEL R. DE Q. BALBI NETO**, Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica pela UNIVIX, Mestre em Psicologia pela UFES, Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento e Habilidades Sociais) pela UFES (PPGP), Psicólogo no CAPSad (Vila Velha - ES), Professor de Psicologia na IESFAVI (Psicologia e Direito).

##### MODALIDADE: ATUALIZAÇÃO PRESENCIAL

##### VAGAS: 80 (OITENTA)

**PÚBLICO-ALVO:** Agentes Comunitários de Saúde, e/ou Redutores de Danos e/ou agentes de abordagem de rua/consultório de rua.

##### CARGA HORÁRIA: 60 HORAS

#### ÊNFASE DA FORMAÇÃO PERMANENTE: ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

##### CORPO DOCENTE:

**ALEX MACHADO**, Psicólogo, Mestre em Psicologia e Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento) pela UFES (PPGP), Atuação em CAPS e Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da Faculdade Pitágoras (Psicologia).

**ANDRÉA ROMANHOLI**, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela FAESA, Psicóloga (Vitória - ES), Professora da Faculdade Salesiana.

**ELIZEU BORLOTI**, Psicólogo, Doutor em Psicologia pela PUC/SP (com estágio na WVU-USA), Especialista em Dependência Química pela UFES, em Terapia Cognitiva e Comportamental pela USP e em Terapia Comportamental de Grupos pela PUC-SP, Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da UFES (Psicologia) e do PPGP.

**FABIOLA XAVIER LEAL**, Assistente Social, Mestre em Política Social, Doutoranda em Política Social pela UFES (PPGPS), Atuação em políticas sociais na área de álcool e outras drogas, Professora da UFES (Serviço Social).

**JULIANA DE NADAI MIRANDA PORTO**, Psicóloga, Especialista em Atenção Primária à Saúde pela UVV e Especialista em Dependência Química pela EMESCAM, Psicóloga no CAPSad (Vila Velha - ES).

**RAFAEL R. DE Q. BALBI NETO**, Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica pela UNIVIX, Mestre em Psicologia pela UFES, Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento e Habilidades Sociais) pela UFES (PPGP), Psicólogo no CAPSad (Vila Velha - ES), Professor de Psicologia na IESFAVI (Psicologia e Direito).

## II – OBJETIVOS DO CURSO

### GERAL

Ao final do curso, os formandos, em suas atividades profissionais no contexto da Atenção Primária à Saúde (especificamente na Estratégia Saúde da Família – ESF e no Consultório de Rua) e no contexto da Assistência Social (especificamente na Abordagem de Rua) deverão ser capazes de mostrar as competências e as habilidades necessárias para sua função na assistência integral aos usuários de crack e/ou de outras drogas e aos seus familiares.

### ESPECÍFICOS

1. Entender as principais políticas públicas sobre drogas no Brasil e as redes de atenção - SUS e SUAS.
2. Entender conceitos básicos para a compreensão do uso arriscado de drogas: droga, padrões de uso, bases neurobiológicas da dependência e efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central.
3. Conhecer os modelos de intervenção em dependência química, as principais abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas e aos seus familiares e as redes de apoio e reinserção social.
4. Conhecer a reabilitação aplicada à dependência química e as estratégias para a reinserção social do usuário de drogas.
5. Compreender alguns impactos do uso de crack para o sujeito que usa e para as pessoas com as quais ele se relaciona.
6. Analisar fatores de risco e proteção do uso de drogas.
7. Demonstrar as habilidades das intervenções motivacionais na dependência química – Intervenção Breve e Entrevista Motivacional.

### III – EMENTÁRIO

#### NÚCLEO COMUM

##### POLÍTICAS PÚBLICAS SOBREDROGAS

**EMENTA:** Epidemiologia do uso de drogas no mundo, no Brasil e no Espírito Santo como contexto para a emergência de políticas públicas. Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política Nacional sobre o Álcool. Políticas setoriais de saúde e de assistência social. Rede de atenção: SUS - Sistema Único de Saúde (PSF - Programa de Saúde da Família, NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, HG - Hospital Geral) e SUAS – Sistema Único de Assistência Social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social) nos municípios de Serra e Cariacica e suas interrelações.

##### CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Conceito de droga. Padrões de uso de drogas: experimentação, uso recreativo, intoxicação aguda, uso crônico, uso nocivo, dependência e abstinência. Neurobiologia da dependência química. Efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central. A interação farmacológica no tratamento.

##### TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Modelos de intervenção em dependência química: dos modelos antigos aos modelos contemporâneos. Acolhimento ao usuário de drogas na rede de assistência. Abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas. Abordagens da família do usuário de drogas. Redes de apoio e reinserção social do usuário de drogas.

##### NÚCLEO DA ÊNFASE

##### REABILITAÇÃO APLICADA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Reabilitação e reinserção social: justificativas e conceitos. Pressupostos básicos e modelos para o processo de reabilitação. Focos da reabilitação na dependência química. Passos da reabilitação na atenção intersetorial integral a usuários de drogas. Estratégias de reabilitação para a reinserção social de usuários de drogas.

##### INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Motivação: os porquês do uso de drogas. Fatores de consolidação do uso regular de drogas. Ambivalência entre usar e não usar droga: conceito e determinação. Estágios da motivação para o uso e para a abstinência do uso de drogas: caracterização e avaliação. Intervenção breve e entrevista motivacional com usuários de drogas: definição, fundamentos, objetivos e estratégias. Fases e habilidades da intervenção breve e da entrevista motivacional.

## NÍVEIS DE INTERVENÇÃO: PROMOÇÃO DA SAÚDE, PREVENÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO

**EMENTA:** Nível da promoção da saúde: conceito e estratégias (Estado, comunidade, sistema de saúde e indivíduo). Nível da prevenção: conceito e estratégias (universal, seletiva e indicada). Tipos de intervenção: critérios de indicação. Componentes dos tipos básicos de intervenção (farmacológica, psicossocial, de ajuda mútua e comunitária).

## IMPACTOS DO USO DO CRACK

**EMENTA:** História do Crack. Prevalência do uso do crack no Brasil e perfil dos usuários. Deterioração mental, física e social-familiar induzida pelo crack. Gravidez e crack. Crack e mortalidade no Brasil: relações entre agressividade, tráfico de drogas e pobreza.

## ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DO USO DE DROGAS

**EMENTA:** Definição de situação de risco e de proteção. Análise dos fatores de risco e de proteção (familiares, comunitários, amigos/iguais, escolares, individuais). Redes sociais e uso de drogas: mapeamento dos tipos de vínculos e suas funções. Valores como fatores de proteção para o uso de drogas. Análise de fatores de risco e proteção em populações específicas: adolescentes, mulheres e idosos.

## IV – DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

### JUSTIFICATIVAS DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

Considerando que: 1) ainda existem lacunas na formação teórico-prática da clínica das dependências químicas para os diversos profissionais de saúde; 2) o público alvo do curso 3 são Agentes Comunitários de Saúde, e/ou Redutores de Danos e/ou agentes de abordagem de rua/consultório de rua; 3) há a necessidade do conhecimento, por parte destes profissionais, da rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas (SUS e SUAS); 4) é necessária a instrumentalização destes profissionais para que sejam capazes de proporcionar a atenção integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas no âmbito da Atenção Primária, que sejam capazes de realizar a correta contra-referência dos casos quando esta for indicada; e sobretudo, que algumas habilidades de Intervenções Motivacionais exigem o treino direto, muito além das aulas teóricas, as horas-aula do curso foram distribuídas de modo diferenciado entre as disciplinas.

## QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

NÚCLEO	DISCIPLINA	CH
COMUM	Políticas Públicas sobre Drogas	6
	Conceitos em Dependência Química	6
	Tópicos Básicos da Intervenção em Dependência Química	6
<b>CARGA HORÁRIA DO NÚCLEO COMUM</b>		18
ÊNFASE	Reabilitação Aplicada à Dependência Química	3
	Análise de fatores de risco e de proteção do uso de drogas	6
	Impactos do uso do crack	6
	Níveis de intervenção: promoção da saúde, prevenção, tratamento e reabilitação	3
	Intervenções Motivacionais na Dependência Química	24
<b>CARGA HORÁRIA DA ÊNFASE</b>		42
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>		60

## “Curso 4”

### ATUALIZAÇÃO EM GERENCIAMENTO DE CASO E EM REINSERÇÃO SOCIAL DE USUÁRIOS DE CRACK E OUTRAS DROGAS

#### I-IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

**NOME DO CURSO:** Atualização em Gerenciamento de Caso e em Reinserção Social de Usuários de Crack e outras Drogas

#### COORDENAÇÃO:

**APARECIDA ANDRADE**, Assistente Social, Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia (Análise Comportamental da Cultura) pela UFES (PPGP), com atuação com gerenciamento de casos de uso de drogas em culturas organizacionais (PETROBRAS).

**MODALIDADE:** Atualização Presencial

**VAGAS:** 40 (oitenta)

**PÚBLICO-ALVO:** Profissionais de nível superior das redes SUS e SUAS.

**CARGA HORÁRIA:** 80 horas

**ÊNFASE DA FORMAÇÃO PERMANENTE:** Sistema Único de Assistência Social

#### CORPO DOCENTE:

**APARECIDA ANDRADE**, Assistente Social, Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia (Análise Comportamental da Cultura) pela UFES (PPGP), com atuação com gerenciamento de casos de uso de drogas em culturas organizacionais (PETROBRAS).

**ANDRÉA ROMANHOLI**, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela FAESA, Psicóloga (Vitória - ES), Professora da Faculdade Salesiana.

**EDINEIA FIGUEIRA DOS ANJOS OLIVEIRA**, Assistente Social, Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Política Social da UFES, Mestre em Política Social pela UFES. Possui pós-graduação em Gestão da Clínica e na Atenção Primária à Saúde. Atuou como Secretária Municipal de Saúde no município de Alfredo Chaves/ES e participa do grupo de pesquisa FENIX/UFES.

**ELIZEU BORLOTI**, Psicólogo, Doutor em Psicologia pela PUC/SP (com estágio na WVU-USA), Especialista em Dependência Química pela UFES, em Terapia Cognitiva e Comportamental pela USP e em Terapia Comportamental de Grupos pela PUC-SP, Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da UFES (Psicologia) e do PPGP.

**JANINE ANDRADE MOSCON**, Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGFC – Laboratório de Neuropsicofarmacologia), Médica do CPTT – CAPSad III (Vitória-ES), CAPSad (Serra-ES) e professora de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV).

**MIRIAN CÁTIA VIEIRA BASÍLIO**, Assistente Social, Mestre em Política Social pela UFES (Análise do processo de Implementação das Legislações sobre Drogas no Município de Vitória/ES), Doutoranda em Serviço Social pela UFRJ (Análise da Política Nacional sobre Drogas), professora do curso de Serviço Social da Faculdade Católica Salesiana do ES.

**RAFAEL R. DE Q. BALBI NETO**, Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica pela UNIVIX, Mestre em Psicologia pela UFES, Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento e Habilidades Sociais) pela UFES (PPGP), Psicólogo no CAPSad (Vila Velha - ES), Professor de Psicologia na IESFAVI (Psicologia e Direito).

## II – OBJETIVOS DO CURSO

### GERAL

Ao final do curso, os formandos, a maioria em suas atividades profissionais, inseridos no Sistema Único de Assistência Social, deverão ser capazes de compreender os conceitos e as estratégias de gerenciamento de caso, reabilitação e reinserção social na atenção integral aos problemas associados aos usuários de crack e de outras drogas e aos seus familiares, em uma perspectiva de respeito a sua singularidade e realidade social.

### ESPECÍFICOS

1. Entender as principais políticas públicas sobre drogas no Brasil.
2. Entender a função dos recursos do SUS e do SUAS existentes na rede de atenção municipal para a atenção integral aos usuários de drogas e aos seus familiares.
3. Entender conceitos básicos para a compreensão do uso indevido de drogas: droga, padrões de uso, bases neurobiológicas da dependência e efeitos das drogas no sistema nervoso central.
4. Entender os principais modelos de intervenção em dependência química e as principais abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas e aos seus familiares.
5. Diferenciar ações nos níveis de intervenção no uso indevido de drogas.
6. Avaliar e analisar condições sociais do usuário de drogas e fatores de risco e de proteção ao uso de drogas.
7. Entender os propósitos e estratégias das intervenções breves e do aconselhamento motivacional.
8. Mostrar domínio das estratégias: 1) de reabilitação e reinserção social e 2) de gerenciamento de caso de usuários de drogas, de modo a encaminhar solução para os problemas de usuários que demandam intervenção com estas estratégias.

### III – EMENTÁRIO

#### NÚCLEO COMUM

##### POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

**EMENTA:** Epidemiologia do uso de drogas no mundo, no Brasil e no Espírito Santo como contexto para a emergência de políticas públicas. Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política Nacional sobre o Álcool. Políticas setoriais de saúde e de assistência social. Rede de atenção: SUS - Sistema Único de Saúde (PSF - Programa de Saúde da Família, NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, HG - Hospital Geral) e SUAS – Sistema Único de Assistência Social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social) nos municípios de Serra e Cariacica e suas interrelações.

##### CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Conceito de droga. Padrões de uso de drogas: experimentação, uso recreativo, intoxicação aguda, uso crônico, uso nocivo, dependência e abstinência. Neurobiologia da dependência química. Efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central.

##### TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Modelos de intervenção em dependência química: do modelo moral ao modelo biopsicossocial. Acolhimento ao usuário de drogas na rede de assistência. Abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de crack e ao usuário de outras drogas. Abordagens da família do usuário de crack e de outras drogas. Redes de apoio e reinserção social do usuário de drogas.

#### NÚCLEO DA ÊNFASE

##### DISCIPLINA: IMPACTOS DO USO DO CRACK E ANÁLISE DE CONDIÇÕES SOCIAIS DO USUÁRIO DE DROGAS.

**EMENTA:** História do Crack. Prevalência do uso do crack no Brasil e perfil dos usuários. Impactos do padrão de uso: nos aspectos psicológico, físico, social e familiar. Gravidez e crack. Crack, sexo e transmissão de DST/AIDS. Crack e mortalidade no Brasil: vulnerabilidade sociais e prevalência de uso. Condições sociais na atenção integral à saúde do usuário de drogas. Elementos de vulnerabilidade do usuário de drogas: gênero, idade, escolaridade, comorbidades, rede de apoio social informal e formal, acesso e acessibilidade à rede de cuidados, conflitos com a lei e com o tráfico. Instrumentos multifuncionais na análise das condições sociais na atenção integral.

##### DISCIPLINA: ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DO USO DE DROGAS

**EMENTA:** Definição de situação de risco e de proteção. Análise dos fatores de risco e de proteção (familiares, comunitários, amigos/iguais, escolares, individuais). Redes sociais e uso de drogas: mapeamento dos tipos de vínculos e suas funções. Valores como fatores de proteção para o uso de drogas. Análise de fatores de risco e proteção em populações específicas: adolescentes, mulheres e idosos.

## DISCIPLINA: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA NO USO DE DROGAS

**EMENTA:** Conceito de lapso e recaída. Fundamentos da prevenção de recaída. “Gatilhos” para a recaída: tipos, função e enfrentamento. “Gatilhos” especiais à recaída: craving, pessoas, locais, comprometimentos cognitivos e atividades. Definição e eficácia das estratégias de prevenção de recaída. Estratégias específicas e globais de prevenção de recaída.

## DISCIPLINA: INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Motivação: os porquês do uso de drogas. Fatores de consolidação do uso regular de drogas. Ambivalência entre usar e não usar droga: conceito e determinação. Estágios da motivação para o uso e para a abstinência do uso de drogas: caracterização e avaliação. Intervenção breve e entrevista motivacional com usuários de drogas: definição, fundamentos, objetivos e estratégias. Fases e habilidades da intervenção breve e da entrevista motivacional.

## EMENTA: REABILITAÇÃO APLICADA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Reabilitação e reinserção social: justificativas e conceitos. Recomendações-chave para uma reabilitação eficaz: intersetorialidade, adequação individualizada dos níveis de tratamento específico, garantia de saúde e educação e garantia de condições de trabalho. Modelos em reabilitação na dependência química. Passos da reabilitação na atenção intersetorial integral a usuários de drogas. Estratégias de reabilitação para a reinserção social de usuários de drogas.

## DISCIPLINA: GERENCIAMENTO DE CASO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** História da estratégia de gerenciamento de caso. Gerenciamento de caso e atenção integral. Descrição dos elementos do gerenciamento de caso em dependência química: identificação de problemas, definição de metas, identificação de recursos, especificação de planos e monitoramento de progresso. Instrumentos do gerenciamento de caso: escalas de gravidade da dependência, conhecimento de recursos da comunidade para a atenção integral, técnicas de solução de problemas e de planejamento de ação (quem, quando, onde e para quê), acompanhamento e reforço do progresso.

## IV – DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

### JUSTIFICATIVAS DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

Considera-se que: 1) Os profissionais envolvidos no curso estão ligados diretamente à execução, ou seja, intervêm diretamente com os usuários de crack e outras drogas; 2) Este curso adota uma política pedagógica que viabiliza o processo de instrumentalização teórico-prático, com treinamento de habilidades para o enfrentamento dos desafios oriundos do cotidiano institucional, cultural e social de trabalho. Sendo assim, as horas-aula do curso foram distribuídas de modo diferenciado entre as disciplinas.

## QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

<b>NÚCLEO</b>	<b>DISCIPLINA</b>	<b>CH</b>
<b>COMUM</b>	Políticas públicas sobre drogas	8
	Conceitos em dependência química	8
	Tópicos básicos da intervenção em dependência química	4
<b>CARGA HORÁRIA DO NÚCLEO COMUM</b>		<b>20</b>
<b>ÊNFASE</b>	Impactos do uso do crack e análise das condições sociais do usuário de drogas	6
	Reabilitação e reinserção social na dependência química	8
	Análise de fatores de risco e de proteção do uso de drogas	4
	Estratégias de prevenção de recaída no uso de drogas	4
	Intervenções motivacionais na dependência química	6
	Gerenciamento de caso em dependência química	12
<b>CARGA HORÁRIA DA ÊNFASE</b>		<b>40</b>
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>		<b>60</b>

## ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS

### I- IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

#### NOME DO CURSO: ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS

#### COORDENAÇÃO:

**MEYRIELLE BELOTTI**, Terapeuta Ocupacional, Mestre em Psicologia Institucional pela UFES. Especialista em Saúde Coletiva e Saúde Mental. Professora da UFES (Terapia Ocupacional).

**MODALIDADE:** ATUALIZAÇÃO PRESENCIAL

**VAGAS:** 40 (QUARENTA)

**PÚBLICO-ALVO:** PROFISSIONAIS DO SISTEMA JUDICIÁRIO, POLICIAL E DO MINISTÉRIO PÚBLICO

**CARGA HORÁRIA:** 60 HORAS

**ÊNFASE DA FORMAÇÃO PERMANENTE:** SISTEMA JUDICIÁRIO

#### CORPO DOCENTE:

**APARECIDA ANDRADE**, Assistente Social, Mestre em Psicologia e Doutoranda em Psicologia (Análise Comportamental da Cultura) pela UFES (PPGP), com atuação com gerenciamento de casos de uso de drogas em culturas organizacionais (PETROBRAS).

**ANDRÉA ROMANHOLI**, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela FAESA, Psicóloga (Vitória - ES), Professora da Faculdade Salesiana.

**ELIZEU BORLOTI**, Psicólogo, Doutor em Psicologia pela PUC/SP (com estágio na WVU-USA), Especialista em Dependência Química pela UFES, em Terapia Cognitiva e Comportamental pela USP e em Terapia Comportamental de Grupos pela PUC-SP, Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da UFES (Psicologia) e do PPGP.

**JANINE ANDRADE MOSCON**, Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGFC – Laboratório de Neuropsicofarmacologia), Médica do CPTT – CAPSad III (Vitória-ES), CAPSad (Serra-ES) e professora de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV).

**MARIA CRISTINA CAMPOLLO LAVRADOR**, psicóloga, Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social pela UFRJ e Doutorado em Psicologia pela UFES. Professora da UFES e do PPGPSI. Atua na área de Saúde com ênfase em Políticas de Saúde Mental.

**CATARINE LIMA CONTI**, Fisioterapeuta, Mestre em Fisiologia e Doutora em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGCF) – Laboratório de Neuropsicofarmacologia.

**JOVANA GOBBI MARCHESI CIRÍACO**, Médica, Doutora em Neurologia pela USP, Especialista em Neurologia, Professora da UFES, EMESCAM e UNIVIX (Medicina).

## II – OBJETIVOS DO CURSO

### GERAL

Ao final do curso, os formandos, em suas atividades profissionais no contexto do Sistema Judiciário, Policial e do Ministério Público, deverão ser capazes de mostrar as competências e as habilidades necessárias para a assistência integral aos usuários de crack e / ou de outras drogas e aos seus familiares.

### ESPECÍFICOS

1. Entender as principais políticas públicas sobre drogas no Brasil.
2. Entender a função dos recursos do SUS e do SUAS existentes na rede de atenção municipal para a atenção integral aos usuários de drogas e aos seus familiares.
3. Entender conceitos básicos para a compreensão do uso indevido de drogas: droga, padrões de uso, bases neurobiológicas da dependência e efeitos das drogas no sistema nervoso central.
4. Entender os principais modelos de intervenção em dependência química e as principais abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas e aos seus familiares.
5. Entender e analisar criticamente: o funcionamento da política de saúde mental em nível municipal; as relações entre política sobre drogas e o sistema judiciário; os fatores de risco e proteção ao uso indevido de drogas; os conceitos de intoxicação por drogas e abstinência de drogas; os propósitos da redução de danos; os critérios de internação e alta de usuários de drogas.
6. Entender, analisar criticamente e encaminhar solução para os problemas de usuários que demandam: reabilitação e reinserção social; intervenção breve e aconselhamento motivacional; abordagem da família; prevenção da recaída.

## III – EMENTÁRIO

### NÚCLEO COMUM

#### POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

**EMENTA:** Epidemiologia do uso de drogas no mundo, no Brasil e no Espírito Santo como contexto para a emergência de políticas públicas. Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política Nacional sobre o Álcool. Políticas setoriais de saúde e de assistência social. Rede de atenção: SUS - Sistema Único de Saúde (PSF - Programa de Saúde da Família, NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, HG - Hospital Geral) e SUAS – Sistema Único de Assistência Social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social) nos municípios de Serra e Cariacica e suas interrelações.

#### CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Conceito de droga. Padrões de uso de drogas: experimentação, uso recreativo, intoxicação aguda, uso crônico, uso nocivo, dependência e abstinência. Neurobiologia da dependência química. Efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central.

## TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Modelos de intervenção em dependência química: do modelo moral ao modelo biopsicossocial. Acolhimento ao usuário de drogas na rede de assistência. Abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de crack e ao usuário de outras drogas. Abordagens da família do usuário de crack e de outras drogas. Redes de apoio e reinserção social do usuário de drogas.

### NÚCLEO DA ÊNFASE

#### POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL

**EMENTA:** Breve história da saúde mental: impactos políticos e a realidade brasileira. Princípios de saúde mental segundo a OMS e o Ministério da Saúde. Legislação em Saúde Mental no Brasil: relações com outras políticas públicas e com a Atenção Básica. Funcionamento da saúde mental em nível municipal (Serra e Cariacica): análise crítica.

#### POLÍTICAS SOBRE DROGAS E SISTEMA JUDICIÁRIO

**EMENTA:** Políticas sobre drogas e suas interfaces com a justiça. O uso de drogas na infância e na adolescência e o estatuto da criança e do adolescente. As varas da família e da infância e da juventude e as demandas mediadas por problemas pelo uso prejudicial de drogas. A temática das drogas no cotidiano da prática nos conselhos tutelares.

#### ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DO USO DE DROGAS

**EMENTA:** Definição de situação de risco e de proteção. Análise dos fatores de risco e de proteção (familiares, comunitários, amigos/iguais, escolares, individuais). Redes sociais e uso de drogas: mapeamento dos tipos de vínculos e suas funções. Valores como fatores de proteção para o uso de drogas. Análise de fatores de risco e proteção em populações específicas: adolescentes, mulheres e idosos.

#### INTOXICAÇÃO POR DROGAS

**EMENTA:** Conceitos básicos de toxicologia. Intoxicação aguda e crônica por drogas específicas: caracterização, sinais e sintomas. Fases da intoxicação por drogas específicas. Intoxicação por mais de uma droga: efeitos na toxicidade em separado e em combinação.

#### INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Motivação: os porquês do uso de drogas. Fatores de consolidação do uso regular de drogas. Ambivalência entre usar e não usar droga: conceito e determinação. Estágios da motivação para o uso e para a abstinência do uso de drogas: caracterização e avaliação. Intervenção breve e entrevista motivacional com usuários de drogas: definição, fundamentos, objetivos e estratégias. Fases e habilidades da intervenção breve e da entrevista motivacional.

#### REDUÇÃO DE DANOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

**EMENTA:** Breve história das políticas e práticas de redução de danos no mundo e no Brasil. Noções de risco e de dano aplicadas ao uso indevido de drogas. A lógica da redução de danos na lógica da redução da oferta e da demanda de drogas. Inserção da

de danos nas políticas públicas sobre drogas. Princípios e estratégias da redução de danos da dependência química. Análise de experiências em redução de danos.

### **INTERNACÃO E ALTA DE USUÁRIOS DE DROGAS**

**EMENTA:** Tipos de internação em dependência química: voluntária, involuntária e compulsória. Critérios clínicos para a internação de usuários de drogas. Alta da internação: critérios clínicos.

### **REABILITAÇÃO APLICADA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Reabilitação e reinserção social: justificativas e conceitos. Pressupostos básicos e modelos para o processo de reabilitação. Focos da reabilitação na dependência química. Passos da reabilitação na atenção intersetorial integral a usuários de drogas. Estratégias de reabilitação para a reinserção social de usuários de drogas.

## **IV – DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA**

### **JUSTIFICATIVAS DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA**

Considerando que: 1) existem lacunas na formação dos agentes do Sistema Judiciário, Policial e do Ministério Público no que tange às informações sobre drogas e suas consequências; 2) há necessidade de uma formação para uma assistência integral aos usuários de crack e outras drogas e seus familiares, a partir de uma dimensão ética e com uma visão multidisciplinar sobre a dependência química e suas consequências; 3) há a necessidade do conhecimento por parte destes profissionais da rede de atenção psicossocial para usuários de álcool e outras drogas; as horas horas-aula do curso foram distribuídas de modo diferenciado entre as disciplinas.

## QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

NÚCLEO	DISCIPLINA	CH
COMUM	Políticas Públicas sobre Drogas	8
	Conceitos em Dependência Química	8
	Tópicos Básicos da Intervenção em Dependência Química	4
<b>CARGA HORÁRIA DO NÚCLEO COMUM</b>		<b>20</b>
ÊNFASE	Intoxicação por Drogas	4
	Política Nacional de Saúde Mental	4
	Políticas sobre Drogas e Sistema Judiciário	8
	Análise de Fatores de Risco e Proteção do uso de drogas	4
	Intervenções Motivacionais na Dependência Química	4
	Internação e Alta de usuários de drogas	8
	Reabilitação Aplicada a Dependência Química	4
	Redução de Danos da Dependência Química	4
<b>CARGA HORÁRIA DA ÊNFASE</b>		<b>40</b>
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>		<b>60</b>

## I-IDENTIFICAÇÃO DO CURSO

**NOME DO CURSO:** ATUALIZAÇÃO EM CRACK E OUTRAS DROGAS COM ÊNFASE EM MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

**COORDENAÇÃO:** BERNARDETE CESAR, Psicóloga, Especialista em Dependência Química pela UFES, com Experiência em Medidas Socioeducativas e psicóloga da CTDQ PCJ (Serra - ES).

**MODALIDADE:** ATUALIZAÇÃO PRESENCIAL

**VAGAS:** 40 (QUARENTA)

**PÚBLICO-ALVO:** profissionais do poder judiciário, do ministério público, defensoria pública e de entidades/orgãos que atuam no atendimento/apoio a adolescentes em cumprimento de medidas socioeducativas.

**CARGA HORÁRIA:** 60 HORAS

**ÊNFASE DE FORMAÇÃO PERMANENTE:** SISTEMA JUDICIÁRIO.

### **CORPO DOCENTE:**

**ALEX MACHADO**, Psicólogo, Mestre em Psicologia e Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento) pela UFES (PPGP), Atuação em CAPS e Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da Faculdade Pitágoras (Psicologia).

**ANDRÉA ROMANHOLI**, Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela FAESA, Psicóloga (Vitória - ES), Professora da Faculdade Salesiana.

**CATARINE LIMA CONTI**, Fisioterapeuta, Mestre em Fisiologia e Doutora em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGCF) – Laboratório de Neuropsicofarmacologia.

**ELIZEU BORLOTI**, Psicólogo, Doutor em Psicologia pela PUC/SP (com estágio na WVU-USA), Especialista em Dependência Química pela UFES, em Terapia Cognitiva e Comportamental pela USP e em Terapia Comportamental de Grupos pela PUC-SP, Experiência em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professor da UFES (Psicologia) e do PPGP.

**JANINE ANDRADE MOSCON**, Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES (PPGFC – Laboratório de Neuropsicofarmacologia), Médica do CPTT – CAPSad III (Vitória-ES), CAPSad (Serra-ES) e professora de Medicina da Universidade Vila Velha (UVV).

**JOVANA GOBBI MARCHESI CIRÍACO**, Médica, Doutora em Neurologia pela USP, Especialista em Neurologia, Professora da UFES, EMESCAM e UNIVIX (Medicina).

**MARISTHER SARMENTO BRAGA**, Enfermeira, Mestre em Saúde Coletiva pela UFES, Experiência no CPTT (CAPSad-III – Vitória - ES) e em Centro Regional de Referência em crack e outras drogas (CRR), Professora da FAESA (Enfermagem).

**MIRIAN CÁTIA VIEIRA BASÍLIO**, Assistente Social, Mestre em Política Social pela UFES (Análise do processo de Implementação das Legislações sobre Drogas no Município de Vitória/ES), Doutoranda em Serviço Social pela UFRJ (Análise da Política Nacional sobre Drogas), professora do curso de Serviço Social da Faculdade Católica Salesiana do ES.

**RAFAEL R. DE Q. BALBI NETO**, Psicólogo, Especialista em Psicologia Clínica pela UNIVIX, Mestre em Psicologia pela UFES, Doutorando em Psicologia (Análise do Comportamento e Habilidades Sociais) pela UFES (PPGP), Psicólogo no CAPSad (Vila Velha - ES), Professor de Psicologia na IESFAVI (Psicologia e Direito).

## II – OBJETIVOS DO CURSO

### GERAL

Ao final do curso, os formandos, em suas atividades profissionais no contexto do sistema judiciário deverão ser capazes de mostrar as competências e as habilidades necessárias para a assistência integral aos usuários de crack e/ou de outras drogas e aos seus familiares.

### ESPECÍFICOS

1. Entender as principais políticas públicas sobre drogas no Brasil.
2. Entender a função dos recursos do SUS e do SUAS existentes na rede de atenção municipal para a atenção integral ao usuários de drogas e aos seus familiares.
3. Entender conceitos básicos para a compreensão do uso indevido de drogas: droga, padrões de uso, bases neurobiológicas da dependência e efeitos das drogas no sistema nervoso central.
4. Entender os principais modelos de intervenção em dependência química e as principais abordagens terapêuticas de atenção integral ao usuário de drogas e aos seus familiares.
5. Entender e analisar criticamente: 1) os fatores do desenvolvimento de adolescentes e suas relações com as drogas; 2) os fatores de risco e de proteção ao uso indevido de drogas por crianças e adolescentes; 3) os conceitos de intoxicação por drogas e abstinência de drogas.
6. Entender, analisar criticamente e encaminhar solução para os problemas de usuários cumprindo medidas socioeducativas que demandam: 1) reabilitação e reinserção social; 2) intervenção breve e aconselhamento motivacional; 3) abordagem da família; e/ou 4) prevenção de recaída.

## III – EMENTÁRIO

### NÚCLEO COMUM

#### DISCIPLINA: POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

**EMENTA:** Epidemiologia do uso de drogas no mundo, no Brasil e no Espírito Santo como contexto para a emergência de políticas públicas. Política Nacional sobre Drogas (PNAD) e Política Nacional sobre o Álcool. Políticas setoriais de saúde e de assistência

social. Rede de atenção: SUS - Sistema Único de Saúde (PSF - Programa de Saúde da Família, NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família, CAPS - Centro de Atenção Psicossocial, HG - Hospital Geral) e SUAS – Sistema Único de Assistência Social (CRAS – Centro de Referência de Assistência Social, CREAS – Centro de Referência Especializada de Assistência Social) nos municípios de Serra e Cariacica e suas interrelações.

#### **DISCIPLINA: CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Conceito de droga. Padrões de uso de drogas: experimentação, uso recreativo, intoxicação aguda, uso crônico, uso nocivo, dependência e abstinência. Neurobiologia da dependência química. Efeitos das drogas no Sistema Nervoso Central.

#### **DISCIPLINA: TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

**EMENTA:** Modelos de intervenção em dependência química: do modelo moral ao modelo biopsicossocial. Acolhimento ao usuário de drogas na rede de assistência. Abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de crack e ao usuário de outras drogas. Abordagens da família do usuário de crack e de outras drogas. Redes de apoio e reinserção social do usuário de drogas.

### **NÚCLEO DA ÊNFASE**

#### **DISCIPLINA: POLÍTICAS SOBRE DROGAS E SISTEMA JUDICIÁRIO.**

**EMENTA:** Políticas sobre drogas e suas interfaces com a Justiça. O uso de drogas na infância e na adolescência e o Estatuto da Criança e do Adolescente. As Varas da Família e da Infância e da Juventude e as demandas mediadas por problemas pelo uso prejudicial de drogas. A temática das drogas no cotidiano da prática nos Conselhos Tutelares.

#### **DISCIPLINA: SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA.**

**EMENTA:** Definição clínica da síndrome de abstinência de drogas. Conceitos relacionados à síndrome de abstinência: dependência física, dependência psíquica e tolerância. Síndrome de abstinência aguda, tardia e condicionada. Caracterização da síndrome de abstinência de drogas específicas.

#### **DISCIPLINA: INTOXICAÇÃO POR DROGAS**

**EMENTA:** Conceitos básicos de toxicologia. Intoxicação aguda e crônica por drogas específicas: caracterização, sinais e sintomas. Fases da intoxicação por drogas específicas. Intoxicação por mais de uma droga: efeitos na toxicidade em separado e em combinação.

#### **DISCIPLINA: REABILITAÇÃO APLICADA À DEPENDÊNCIA QUÍMICA.**

**EMENTA:** Exclusão social e preconceito como justificativas da reabilitação e reinserção social em dependência química. Reabilitação e reinserção como práticas psicossociais. Contextos de reinserção social: pedagógico, terapêutico, comunitário e político. Processo grupal na reabilitação e na reinserção social. Objetivos de intervenção em reabilitação e reinserção social. Metodologia de oficinas em reabilitação e reinserção social.

## DISCIPLINA: INTERVENÇÕES MOTIVACIONAIS NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

**EMENTA:** Motivação: os porquês do uso de drogas. Fatores de consolidação do uso regular de drogas. Ambivalência entre usar e não usar droga: conceito e determinação. Estágios da motivação para o uso de drogas: caracterização e avaliação. Intervenção breve e entrevista motivacional com usuários de drogas: definição, fundamentos, objetivos e estratégias. Fases e habilidades da intervenção breve e da entrevista motivacional.

## DISCIPLINA: REDUÇÃO DE DANOS DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA.

**EMENTA:** Breve história das políticas e práticas de redução de danos no mundo e no Brasil. Noções de risco e de dano aplicadas ao uso indevido de drogas. A lógica da redução de danos na lógica da redução da oferta e da demanda de drogas. Inserção da redução de danos nas políticas públicas sobre drogas. Princípios e estratégias da redução de danos da dependência química. Análise de experiências em redução de danos.

## DISCIPLINA: INTERNAÇÃO E ALTA DE USUÁRIOS DE DROGAS.

**EMENTA:** Tipos de internação em dependência química: voluntária, involuntária e compulsória. Critérios clínicos para a internação de usuários de drogas. Alta da internação: critérios clínicos.

## DISCIPLINA: ABORDAGEM DA FAMÍLIA DO USUÁRIO DE DROGAS.

**EMENTA:** Família: tipo (nuclear, extensiva, homossexual, etc.), estrutura (sistema e subsistemas) e dinâmica (comunicação, papéis, regras, relações e coesão). Ciclo de vida da família. Impactos da dependência química na família. Instrumentos das abordagens da família aplicados às famílias de crianças e adolescentes usuários de drogas: entrevista de família e outros instrumentos. Estudo de casos de família de crianças e adolescentes usuários de drogas.

## DISCIPLINA: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO DE RECAÍDA NO USO DE DROGAS.

**EMENTA:** Conceito de recaída e lapso. Fundamentos teóricos da prevenção de recaídas. “Gatilhos”: variáveis que aumentam a probabilidade de recaídas: tipos e função. Identificação de “gatilhos” para recaídas. “Gatilhos” especiais à recaída: *craving*, pessoas, locais, comprometimentos cognitivos e atividades. Estratégias de prevenção de recaídas.

## DISCIPLINA: ANÁLISE DE FATORES DE RISCO E DE PROTEÇÃO DO USO DE DROGAS.

**EMENTA:** Definição de situação de risco e de proteção. Análise das áreas pessoal, familiar e social de risco e proteção. Redes sociais e uso de drogas: mapeamento, funções e tipos de vínculos. Religiosidade como fator de proteção ao uso de drogas. Análise de fatores de risco e proteção em grupos específicos: adolescentes, idosos e mulheres.

## **DISCIPLINA: DESENVOLVIMENTO TÍPICO E ATÍPICO DA ADOLESCÊNCIA E USO DE DROGAS.**

**EMENTA:** Nova abordagem dos estágios do desenvolvimento dos adolescentes. Diferenças de gênero no comportamento dos adolescentes. Contextos do desenvolvimento psicológico na adolescência: autoimagem e identidade, relação com os pais, relação com os pares e relação com o futuro (projetos de vida). Desvios ou risco de desvios no desenvolvimento infanto-juvenil como contexto para o surgimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Especificidades da relação entre ato infracional e uso de drogas por adolescentes.

## **IV – DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA**

### **JUSTIFICATIVAS DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA**

Considerando que: 1) Os profissionais envolvidos no curso estão ligados diretamente à execução, ou seja, intervêm diretamente com crianças e adolescentes usuários de crack e outras drogas; 2) Este curso adota uma política pedagógica que viabiliza o processo de instrumentalização teórico-prático, com treinamento de habilidades para o enfrentamento dos desafios oriundos do cotidiano institucional, cultural e social de trabalho; a carga horária foi distribuída entre as disciplinas de acordo com sua importância ao serviço do público-alvo.

## QUADRO DE DISTRIBUIÇÃO DA CARGA HORÁRIA

NÚCLEO	DISCIPLINA	CH
COMUM	Políticas públicas sobre drogas	4
	Conceitos em dependência química	4
	Tópicos básicos da intervenção em dependência química	4
<b>CARGA HORÁRIA DO NÚCLEO COMUM</b>		<b>12</b>
ÊNFASE	Políticas sobre drogas e sistema judiciário.	4
	Síndrome de abstinência	4
	Reabilitação aplicada a dependência química.	4
	Intervenções motivacionais na dependência química.	4
	Intoxicação por drogas	4
	Redução de danos da dependência química	2
	Internação e alta de usuários de drogas	4
	Intervenção na família do usuário de drogas	6
	Estratégias de prevenção de recaída no uso de drogas	4
	Análise de fatores de risco e de proteção do uso de drogas	4
<b>CARGA HORÁRIA DA ÊNFASE</b>		<b>48</b>
<b>CARGA HORÁRIA TOTAL</b>		<b>60</b>

## 5. METODOLOGIA DA FORMAÇÃO PERMANENTE

O CRRESSES alcança seu objetivo a partir do ensino com a metodologia problematizadora de situações concretas vivenciadas pelos profissionais dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e Ministério Público dos municípios parceiros. Por meio dessa metodologia, o CRRESSES busca conciliar a necessária transmissão de conhecimento com a discussão e análise de problemas extraídos da realidade vivida pelos formandos, estimulando-os a buscarem e trazerem para as aulas situações do contexto do trabalho.

De modo transversal à formação, essa metodologia desmistifica o fenômeno da dependência química rompendo os antigos modelos moral (o uso de drogas visto como escolha pela transgressão, que deve ser punida) e da temperança (o uso visto como perda de um autocontrole possível e constante, o que significaria fraqueza). Contraposto a esses modelos antigos, será defendido um modelo do uso arriscado de drogas como comportamento (i.e, relação) e/ou como síndrome/sintoma multideterminado (por variáveis biológicas, psicológicas e socioculturais) e que, portanto, requer intervenção em diferentes focos e por diferentes setores governamentais e não governamentais.

A diretriz metodológico-pedagógica do CRRESSES entende que o conhecimento que os profissionais dos serviços públicos possuem sobre drogas e seus usos é um ponto de partida para a sua formação permanente. Portanto, os conteúdos dos cursos são contextualizados nas vivências dos serviços, reconhecendo as experiências prévias dos formandos na busca de alternativas criativas para a resolução dos problemas enfrentados no atendimento dos usuários de crack e outras drogas [17]. Nesta perspectiva, o trabalho em equipe é priorizado desde a estratégia de composição das turmas de profissionais para as capacitações até as atividades práticas propostas para serem desenvolvidas nos serviços.

As atividades de aprendizagem nos cursos, por conteúdos listados no anexo II do Edital nº 001/2012/SENAD/Ministério da Justiça, são definidas pelo professor a partir da realidade dos serviços, sendo o conteúdo um recurso para que o profissional atinja objetivos específicos no desempenho de sua função no serviço público. Os conteúdos são partes das ementas de disciplinas dos Núcleos Comum e das Ênfases, ministradas por um corpo docente, preferencialmente, com percurso acadêmico-profissional na área de atenção integral ao uso de drogas, aprovado pelo Conselho Gestor.

Assim, de modo geral, as atividades de formação envolvem [8]:

- 1) observação/descrição da realidade da assistência aos usuários de drogas e aos seus familiares e de demanda/oferta de serviços para essa assistência;
- 2) definição de problemas nessa assistência;
- 3) expressão verbal de crenças e atitudes pessoais diante desses problemas;
- 4) teorização, a partir do conteúdo dos cursos, mediada pelos professores, na direção da vinculação entre a teoria e a prática;

5) aplicação do conhecimento à realidade local e

6) análise de efeitos dessa aplicação.

Em geral, a experiência dos docentes do CRRESCES com aqueles que assistem aos usuários do SUS e SUAS mostra que os profissionais já trazem para a sala de aula os casos de municípios do território no qual oferecem assistência. Esses casos serão discutidos nas aulas e analisados em sua inserção nos conteúdos, possibilitando ampliação das bases de análise e das propostas de intervenção nos mesmos pelo conhecimento de novas ferramentas (técnicas) e dispositivos (equipamentos, serviços e programas).

Os cursos envolvem aquisição de “saber que” (conhecimento) e de “saber como” (habilidades). O CRRESCES prioriza o domínio de técnicas em alguns cursos, mais do que em outros, pela própria natureza de alguns cursos e das especificidades da atuação do seu público-alvo. Assim, o ensino de técnicas de intervenção é mais evidente nos cursos para agentes comunitários, redutores de danos ou outros agentes do SUAS e do SUS (Curso de Atualização Sobre Intervenção Breve e Aconselhamento Motivacional em Crack e Outras Drogas) e para profissionais de nível superior do SUS e SUAS no Curso de Atualização em Gerenciamento de Caso e Reinsersão Social de Usuários de Crack e Outras Drogas. Nesses cursos, é dada prioridade às estratégias de ensino “ensaio de comportamento” (e.g., das respostas das estratégias de intervenção breve e de entrevista motivacional) e/ou “estudo de caso” (e.g., um usuário-padrão de crack).

Para os estudos de casos, durante o treino das técnicas de gerenciamento de caso e de reinserção social, são coletados casos de usuários dos territórios ou regionais onde atuam os profissionais. Para os ensaios de comportamentos há um roteiro a ser seguido pelo instrutor/professor [16]:

- 1) descreva a cena da situação a ser ensaiada em termos do o que, quem, como, quando e onde;
- 2) decomponha uma sequência de partes do ensaio de modo que se trabalhe uma resposta de cada vez, uma resposta fácil, relacionada à situação e componente de interações breves (máximo de 3 minutos);
- 3) dê instruções (regras que descrevem como deve ser a interação e os elementos que a compõem) e modelos de desempenho (exemplifique uma resposta a ser imitada);
- 4) oriente a representação da cena;
- 5) dê dicas sobre o desempenho na cena (durante ou após a representação da cena);
- 6) oriente a troca de papéis na representação da cena;
- 7) repita a representação, observando se a repetição está sendo positiva (mantenha a repetição) ou desgastante (interrompa a repetição);
- 8) reavalie o desempenho dos formandos na cena (reforçando desempenhos adequados e dando instruções e modelos de melhores desempenhos);
- 9) programe a generalização (orienta o enfrentamento de situações reais aonde as aquisições comportamentais possam ser postas em prática);
- 10) avalie o desempenho na situação real, no próximo encontro da capacitação.

## 6. RECURSOS

### 6.1. Financeiros

Os recursos financeiros do CRRESCES são advindos do crédito extraordinário da SENAD/MJ em favor de diversos órgãos do Poder Executivo, criado pela Medida Provisória 498, de 29 de julho de 2010 para atender à programação do Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e Outras Drogas, instituído pelo Decreto número 7.179, de 20 de maio de 2010.

### 6.2. Humanos

Excetuando os alunos voluntários, os recursos humanos do CRRESCES custeados pelo recurso, incluem 01 coordenar geral, 01 coordenador de material didático, 06 coordenadores de curso, 03 pessoas de apoio didático (01 em educação a distância, 01 em desenho industrial, 01 em audiovisual) e 01 assistente administrativo. O quadro 1 apresenta a equipe acadêmica permanente do CRRESCES (que forma o corpo docente permanente) atual. Dependendo da disciplina e da necessidade, são convidados professores colaboradores, cujos nomes devem ser aprovados pelo Conselho Gestor (e.g., os nomes constantes das minutas de curso apresentadas anteriormente).

**Tabela 1: Equipe do CRRESCES: titulação e temas de interesse**

Profissional	Titulação	Tema de pesquisa/Área de Intervenção
Alex Roberto Machado	Psicólogo, Mestre, Doutorando	Doutorando do PPGP-UFES. Atuação em CAPS. Atuação em Comunidades Terapêuticas. Intervenção Psicossocial. Atuação em Terapia Comportamental.
Andrea Romanholi	Psicóloga, Mestre, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial	Pesquisa sobre Saúde Mental (álcool e outras drogas), Reforma Psiquiátrica, Atenção Primária à Saúde e Organização e Gestão de Redes de Atenção Psicossocial. Atuação na Coordenação Estadual Sobre Drogas.
Aparecida da Penha Andrade	Assistente Social Especialista em Gerontologia Social, Mestre, Doutoranda	Doutoranda do PPGP-UFES. Pesquisa sobre Prevenção ao Álcool e outras Drogas no Ambiente de Trabalho, Saúde Mental, Família, Reabilitação e Reinserção Social e Análise Comportamental da Cultura. Atuação em programas de Dependência Química em organizações.

Bernadete César	Psicóloga Especialista em Dependência Química	Atuação no Instituto de Atendimento Socioeducativo do Espírito Santo (IASES).  Atuação em Comunidades Terapêuticas.
Caroline de Paula Corrêa	Psicóloga, Mestranda	Mestrando do PPGP-UFES.  Pesquisa em Entrevista Motivacional e Acolhimento.
Catarine Lima Conti	Fisioterapeuta, Mestre, Doutoranda	Pesquisa sobre a clínica no tratamento biológico da adição a drogas (crack e álcool).
Elizeu Borloti	Psicólogo Especialista em Terapia Cognitivo- Comportamental e em Dependência Química, Doutor	Professor Pesquisador do PPGP/UFES.  Pesquisa sobre Comportamento e Saúde, Análise Comportamental da Cultura e Transtorno Psicológico.  Atuação em Terapia Comportamental.
Fabiana Drumond Marinho	Terapeuta Ocupacional, Mestre, Doutoranda	Doutoranda do PPGP-UFES.  Professora da UFES.  Tem experiência clínica em Terapia Ocupacional em Saúde Mental (álcool e outras drogas).
Fabíola Xavier Leal	Assistente Social, Mestre, Doutoranda	Doutoranda do PPGPS-UFES.  Professora da UFES.  Pesquisa sobre políticas públicas: políticas de saúde, política sobre drogas e política de assistência social.

Janine Andrade Moscon	Médica Especialista em Dependência Química, Mestre	<p>Atuação em CAPS-AD.</p> <p>Membro da Câmara Técnica Municipal de Serra-ES, Grupo de Trabalho, para Avaliar, Monitorar e Subsidiar a Política de Atenção e Fornecer Assistência Técnica à Rede de Atenção Sobre Drogas em Vários Níveis de Complexidade.</p> <p>Pesquisa sobre Funções Frontais, Neuromodulação, tDCS (Estimulação Transcraniana por Corrente Contínua), Saúde Mental e Saúde Pública.</p>
Jovana Gobbi Marchesi Ciríaco	Médica Especialista em Neurologia, Doutora	<p>Professora da UFES e das faculdades EMESCAM e UNIVIX.</p> <p>Pesquisa em Neurologia (análise clínica de neuroimagem com usuários de crack).</p>
Lívia Carla de Melo Rodrigues	Farmacêutica, Doutora	<p>Professora Pesquisadora do PPGPCF/UFES.</p> <p>Pesquisa em Neurociências, com ênfase em Psicofarmacologia e Neurotoxicologia: Drogas de abuso, neurotoxicidade, estresse oxidativo, córtex pré-frontal, sistemas endocanabinóide e dopaminérgico.</p>
Márcia Oliveira	Psicóloga, Mestre	<p>Atuação em CREAS.</p> <p>Atuação em Ensino a Distância.</p> <p>Atuação em Terapia Comportamental.</p>

Rafael Rubens de Queiroz Balbi Neto	Psicólogo Especialista em Psicologia Clínica, Mestre, Doutorando	Doutorando do PPGP-UFES. Atuação em CAPSad. Experiência em Psicologia Clínica, com ênfase em Psicoterapia e Dependência Química, e em Psicologia Jurídica, com ênfase em Avaliação Psicológica e Atendimento Psicossocial. Pesquisa em Habilidades Sociais, Análise do Comportamento e Avaliação Psicológica. Atuação em Terapia Comportamental.
--	---	--

### 6.3. Infraestruturais

Como consta no termo de cooperação SENAD-UFES, e de acordo com o edital de chamamento público, a UFES/CCHN/PROEx responsabiliza-se pela cessão de itens não financiáveis necessários às atividades do CRRESCES: espaço físico, mobiliário, equipamentos, insumos, energia elétrica, linha telefônica, internet, chancela de certificados e outros.

## 7. SISTEMA DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO

### 7.1. Avaliação do PPP

A avaliação da execução do PPP do CRRESCES é processual e envolve o Colegiado de Cursos, formado pelos coordenadores de cursos, e o Conselho Gestor, formado por representantes das prefeituras de Serra e de Cariacica, das Secretaria de Saúde e de Assistência Social e da Educação Permanente. Ela inclui a análise e a resolução contínua de problemas referentes ao andamento das atividades da formação (disciplinas, exercícios, frequência, etc.), aos seus objetivos (habilidades de competências, perfil do formado, etc.) e à logística de ensino (horários de oferta, composição de turmas, etc.). O Conselho Gestor, formado por representantes dos municípios e pelo coordenador geral, tem poder de deliberação e de monitoramento do PPP.

### 7.2. Avaliação do processo de formação permanente

#### 7.2.1. Avaliação dos profissionais em formação

A avaliação dos formados é feita pelos professores das disciplinas e/ou coordenadores de curso a partir: 1) da observação de indicadores comportamentais das habilidades componentes das competências gerais e das ênfases a serem adquiridas na formação e 2) de respostas dadas a instrumentos objetivos.

As habilidades das competências são desenvolvidas nas atividades de ensino em sala de aula e/ou no campo do exercício profissional, sejam individuais ou coletivas. A participação qualitativa nessas atividades e a frequência às aulas são consideradas na avaliação de habilidades.

São fornecidas as seguintes orientações aos formandos no início dos cursos:

Sobre Frequência: 1. Tendo mais de 25% de faltas o aluno será reprovado. 2. O monitor do curso disponibilizará a lista de frequência nos intervalos destinados ao registro da frequência (dada pela assinatura do aluno). 3. A lista de frequência será passada em cada dia de aulas (8 [oito] aulas) e permitirá quatro assinaturas do aluno: início e final da manhã; e início e final da tarde. 4. Para fins de registro da frequência, serão considerados dois blocos de aulas: manhã (4[quatro] aulas) e tarde (4 [quatro] aulas). 5. A lista de frequência ficará disponível na primeira meia hora de aula e na última meia hora de aula de cada bloco de aulas: 08:00 às 08:30 e de 11:30 às 12:00 no bloco de aulas da manhã; e de 13:00 às 13:30 e de 16:30 às 17:00 no bloco de aulas da tarde. 6. Para fins de computação de faltas/presenças, cada assinatura equivale a duas presenças e cada ausência de assinatura (um traço marcado pelo monitor no local onde deveria estar a assinatura do aluno) equivale a duas faltas. 7. Será considerada a frequência ao curso como um todo e não nas disciplinas. Portanto, se o curso tem 60 [sessenta] horas, o aluno poderá faltar apenas 15 [quinze] aulas (o que equivale a 7 [sete] traços marcados pelo monitor na lista de frequência).

Sobre Avaliações: 1. O tipo de atividade de avaliação da disciplina será comunicado pelo professor da disciplina na primeira aula de cada disciplina: atividades diversificadas, individuais ou em grupo, planejadas por cada professor para serem feitas em campo e/ou em aula. 2. Será aplicada uma única atividade de avaliação por disciplina e os alunos serão avaliados com o conceito “suficiente” ou “insuficiente” em cada atividade/disciplina. 3. As atividades de avaliação em campo (individuais ou em grupo) deverão ser entregues ao monitor na data estipulada por cada professor, que as repassará ao professor para correção. 4. As atividades de avaliação em aula (individuais ou em grupo) serão informadas com antecedência mínima de uma semana para que o aluno esteja presente na aula e possa executar a atividade de avaliação em aula. Se o aluno não estiver presente em uma aula da disciplina no dia da atividade de avaliação dessa disciplina, ele automaticamente receberá conceito “insuficiente” nessa disciplina. 5. O currículo do curso é formado por um número variável de disciplinas que somam 10 pontos. O aluno deverá obter “suficiente” no mínimo de disciplinas que, por regra de três, corresponde à nota sete. Portanto, conceitos “insuficientes” em mais disciplinas além do número mínimo indicam reprovação automática do aluno no curso. 6. Até cinco dias a partir da última aula de disciplina, cada professor enviará ao coordenador do curso um relatório de avaliação da turma/alunos na sua disciplina. 7. No encontro de encerramento e confraternização do curso, após a última aula, o coordenador do curso, então, divulgará o relatório da avaliação dos alunos feita pelos professores (“suficiente” = aprovado ou “insuficiente” = reprovado). 8.

Qualquer prorrogação de prazos de entrega de atividades de avaliação pode ser negociada pelo aluno com o professor. O professor tem autonomia para aceitar ou não o adiamento da entrega da atividade de avaliação desde que a mesma seja entregue até o último dia de aula do curso. 9. Não será admitida a entrega de atividade de avaliação após a última aula do curso; a pauta do curso estará fechada no dia do encerramento e confraternização do curso. 10. Recursos de revisão de resultado de avaliação deverão ser solicitados ao Conselho Gestor, que também julgará casos omissos nestas orientações. Sobre Certificados: 1. Até 5 (cinco) dias úteis pós o encontro de encerramento e confraternização do curso, o coordenador do curso enviará relatório final do curso, anexando a ele a lista de alunos aprovados para a secretaria do CRRESCES solicitar a confecção e registro dos certificados junto à PROEx/UFES. 2. Após o recebimento dos certificados, confeccionados e devidamente registrados na PROEx, os mesmos serão disponibilizados aos alunos por intermédio do Conselho Gestor.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde é uma das competências fundamentais de um município, e que os municípios de Serra e de Cariacica poderão ter acesso a dados de acompanhamento pós-curso, o curso 1 é foco de uma avaliação diferenciada da formação. No início e no final do curso 1 são aplicadas escalas de crenças e de atitudes em relação à droga e ao usuário de drogas para verificar o efeito das aulas sobre esses processos psicológicos (essas escalas contêm as seguintes afirmações, dentre outras, para a indicação de concordância ou discordância: “Tenho pena das pessoas que se tornam dependentes”, “Tenho admiração por pessoas que fazem uso recreativo de drogas e não se tornam dependentes” e “Eu tenho/tive um vizinho com um histórico de dependência de drogas e isto me incomoda/incomodava”). Também, são aplicadas, antes e depois do curso 1, verificações de domínio dos conhecimentos essenciais ao cumprimento do objetivo do curso 1. Cada professor avalia o cumprimento dos objetivos da disciplina sob sua responsabilidade. Além disso, há a avaliação de satisfação com o curso. Ao final de um ano, após a realização do curso 1, serão coletados os dados do SIAB (Sistema de Avaliação da Atenção Básica, relatório PMA2) referentes aos índices de produção de serviços relacionados à assistência ao usuário de drogas, visando verificar mudança quantitativa nos casos atendidos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde em Serra e em Cariacica.

Os demais cursos são avaliados pelo domínio dos conhecimentos essenciais ao objetivo do curso e pela satisfação com o curso, além das avaliações próprias feitas pelos professores em cada uma das disciplinas que ministrarão e pelos coordenadores durante o monitoramento do ensino. No caso específico do curso 3, são obtidas, como medidas para análise de efeito, observações do repertório de habilidades das intervenções motivacionais (intervenção breve e entrevista motivacional) antes e após o treinamento desse repertório.

Em síntese, além das idiossincrasias do curso 1 e das avaliações de disciplinas (que são feitas pelo critério de cada professor, porém seguindo a diretriz deste PPP), os instrumentos de avaliação para todos os cursos são os seguintes: 1) Instrumento de

Qualquer prorrogação de prazos de entrega de atividades de avaliação pode ser negociada pelo aluno com o professor. O professor tem autonomia para aceitar ou não o adiamento da entrega da atividade de avaliação desde que a mesma seja entregue até o último dia de aula do curso. 9. Não será admitida a entrega de atividade de avaliação após a última aula do curso; a pauta do curso estará fechada no dia do encerramento e confraternização do curso. 10. Recursos de revisão de resultado de avaliação deverão ser solicitados ao Conselho Gestor, que também julgará casos omissos nestas orientações. Sobre Certificados: 1. Até 5 (cinco) dias úteis pós o encontro de encerramento e confraternização do curso, o coordenador do curso enviará relatório final do curso, anexando a ele a lista de alunos aprovados para a secretaria do CRRESCES solicitar a confecção e registro dos certificados junto à PROEx/UFES. 2. Após o recebimento dos certificados, confeccionados e devidamente registrados na PROEx, os mesmos serão disponibilizados aos alunos por intermédio do Conselho Gestor.

Considerando que a Atenção Primária à Saúde é uma das competências fundamentais de um município, e que os municípios de Serra e de Cariacica poderão ter acesso a dados de acompanhamento pós-curso, o curso 1 é foco de uma avaliação diferenciada da formação. No início e no final do curso 1 são aplicadas escalas de crenças e de atitudes em relação à droga e ao usuário de drogas para verificar o efeito das aulas sobre esses processos psicológicos (essas escalas contêm as seguintes afirmações, dentre outras, para a indicação de concordância ou discordância: “Tenho pena das pessoas que se tornam dependentes”, “Tenho admiração por pessoas que fazem uso recreativo de drogas e não se tornam dependentes” e “Eu tenho/tive um vizinho com um histórico de dependência de drogas e isto me incomoda/incomodava”). Também, são aplicadas, antes e depois do curso 1, verificações de domínio dos conhecimentos essenciais ao cumprimento do objetivo do curso 1. Cada professor avalia o cumprimento dos objetivos da disciplina sob sua responsabilidade. Além disso, há a avaliação de satisfação com o curso. Ao final de um ano, após a realização do curso 1, serão coletados os dados do SIAB (Sistema de Avaliação da Atenção Básica, relatório PMA2) referentes aos índices de produção de serviços relacionados à assistência ao usuário de drogas, visando verificar mudança quantitativa nos casos atendidos pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde em Serra e em Cariacica.

Os demais cursos são avaliados pelo domínio dos conhecimentos essenciais ao objetivo do curso e pela satisfação com o curso, além das avaliações próprias feitas pelos professores em cada uma das disciplinas que ministrarão e pelos coordenadores durante o monitoramento do ensino. No caso específico do curso 3, são obtidas, como medidas para análise de efeito, observações do repertório de habilidades das intervenções motivacionais (intervenção breve e entrevista motivacional) antes e após o treinamento desse repertório.

Em síntese, além das idiossincrasias do curso 1 e das avaliações de disciplinas (que são feitas pelo critério de cada professor, porém seguindo a diretriz deste PPP), os instrumentos de avaliação para todos os cursos são os seguintes: 1) Instrumento de

avaliação do domínio do conhecimento essencial ao curso: um instrumento objetivo aplicado pelo coordenador de cada curso, no início e no final do curso. 2) Instrumento de avaliação da satisfação com o curso: fornecido pela SENAD como padrão para a avaliação do impacto da política dos CRR's no Brasil.

### 7.2.2. Avaliação do corpo docente

A avaliação do corpo docente é feita a partir do acompanhamento da prática de ensino dos mesmos pelos coordenadores dos cursos, objetivamente, pela qualidade do planejamento das aulas (programa de disciplina e plano de aulas) e dos recursos didáticos (capítulo do livro didático e diapositivos para as aulas expositivas) e, subjetivamente, por uma avaliação constante da prática de ensino e do manejo de turma do professor. Os itens a serem avaliados pelos coordenadores informam uma avaliação que varia de totalmente positiva a totalmente negativa: assiduidade, pontualidade, relação com a turma, domínio do conteúdo, eficiência do ensino e cumprimento do programa e do plano de aula. A prática de ensino dos professores é discutida, em primeira instância pelo coordenador de curso com o professor, e, em última instância, pelo Conselho Gestor.



Espaço para anotações



1. WHO (1994). Expert Committee on Drug Dependence, 28th Report, Technical Reports Series, 836 (Geneva, WHO).
2. BRASIL (2009). Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde – SUS (PEAD 2009-2010). PORTARIA Nº 1.190, De 4 de Junho de 2009. Ministério da Saúde.
3. BRASIL (2007). Ministério da Justiça. Lei Nº 11.530, de 24 de outubro de 2007. Institui o Programa Nacional de Segurança Pública com Cidadania - PRONASCI e dá outras providências.
4. BRASIL (2003). Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Mental e Coordenação de Gestão da Atenção Básica. Saúde Mental e atenção básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde.
5. BRASIL (2004a). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde. 2.ed. rev. ampl.– Brasília: Ministério da Saúde.
6. BRASIL (2004b). Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em Saúde Mental 1990-2004. 5. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde.
7. BRASIL (2010). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. [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.
8. CANDEIAS, N. M. F. (1997). Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 31, n. 2, Apr.
9. CARLINI, E. A. et al. (2007). II levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidades do país: 2005. CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo. São Paulo: Páginas & Letras.
10. CERQUEIRA, D.; LOBÃO, W.; CARVALHO, A. X. de. (2005). O jogo dos sete mitos e a miséria da segurança pública no Brasil. Rio de Janeiro: IPEA.
11. LARANJEIRA, R. (2012) (Org.) Levantamento Nacional de Álcool e Drogas: O Uso de Cocaína e Crack no Brasil. II LENAD. 2012. Disponível em: [http://oglobo.globo.com/arquivos/ii\\_lenad.pdf](http://oglobo.globo.com/arquivos/ii_lenad.pdf). Acessado em: 28.01.13.
12. FIOCRUZ (2013a). Estimativa do Número de Usuários de Crack e/ou Similares nas Capitais do País [Internet]. Acesso em 18 de nov 2013]. Disponível em: <http://www.casacivil.gov.br/noticias/estimativa-capitais.pdf>
13. FIOCRUZ (2013b). Perfil dos usuários de crack e/ou similares no Brasil [Internet]. Acesso em 21 out 2013. Disponível em:  
[http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto\\_epidemiologico\\_17set.pdf](http://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/livreto_epidemiologico_17set.pdf)
14. MATTOS, R. F. da S. (2010). Segregação sócio-espacial e violência urbana na região metropolitana da Grande Vitória, Dimensões, vol. 25, p. 249-265. ISSN: 1517-2120.

15. MORETTO, V. P. (2002). Prova: um momento privilegiado de estudo – não um acerto de contas. Rio de Janeiro, DP&A.
16. OTERO, V. R. L. (2004). Ensaio Comportamental. In: ABREU, C. N.; GUILHARDI, H. J. (Orgs.), Terapia comportamental e cognitivo-comportamental: práticas clínicas. São Paulo: Roca, p. 206-214.
17. RALDI, D. P. et al. (2003). O papel do professor no contexto educacional sob o ponto de vista dos alunos. Revista da ABENO, Brasília, DF, v. 3, n. 1, p. 15-23. Disponível em: <<http://www.abeno.org.br>>. Acesso em: 20 jun. de 2013.
18. WHO (2013). [http://www.who.int/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/substance_abuse/en/): Terminology & Classification – WHO lexicon of alcohol and drug terms. Acesso em 15 de jan. de 2013.



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Capítulo 2

## **POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS**

Fabiola Xavier Leal



# POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE DROGAS

Fabiola Xavier Leal<sup>1</sup>

Programa de Pós-Graduação em Política Social PPGPS/UFES

Caro(a) leitor(a).

Na Saúde Pública, o conhecimento da frequência de ocorrência de agravos à saúde da população é importante para o planejamento e o monitoramento de políticas voltadas ao seu enfrentamento. É importante saber quantas pessoas apresentam esses agravos e quantas se enquadram num padrão de classificação de interesse para a Saúde Pública, incluindo algumas das suas características, como idade e sexo. O estudo desta frequência e o modo como ela se distribui na população, bem como seus condicionantes e determinantes, subsidiam as políticas, inclusive daquelas que sustentam o funcionamento do seu serviço no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e nos do Ministério Público.

Com esta justificativa, o objetivo deste capítulo é mostrar o panorama das políticas públicas sobre drogas no Brasil, que partem da epidemiologia. Nas seções seguintes você entenderá como: as políticas surgem como preocupações governamentais pautadas em dados epidemiológicos; as características das políticas brasileiras e as visões sobre o problema das drogas que moldam essas políticas; as políticas públicas e as Redes de atenção integral às pessoas e às famílias com problemas decorrentes do uso arriscado<sup>2</sup> de drogas a isto se seguem questões atuais da área da dependência química no Espírito Santo.

Esperamos que a leitura do capítulo possa gerar reflexões importantes para a sua prática na Atenção Primária, no Hospital Geral, no Sistema Único de Assistência Social ou no Sistema de Justiça.

## SEÇÃO 1

### Epidemiologia do Uso de Drogas: Contexto para a Emergência de Políticas Públicas

A presença das drogas na história da humanidade é bastante antiga e contínua [34]. O consumo tem adquirido características próprias a cada época [25], levando-se em conta as diferentes classes sociais, podendo adquirir características antagônicas, marginalizando ou agregando, manifestando uma natureza religiosa ou profana, um caráter coletivo ou

1. Assistente Social, Mestre em Política Social e Doutoranda em Política Social pela UFES (PPGPS), Atuação em políticas sociais na área de álcool e outras drogas, Professora da UFES (Serviço Social), Professora e Coordenadora de Curso do CRRESCES.

2. O termo Uso Arriscado é utilizado com frequência pela OMS, no entanto não é um termo diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças em sua Décima Versão. Neste livro, o termo Uso Arriscado será utilizado para descrever o abuso/uso nocivo/uso prejudicial e a dependência de forma indistinta, quando estes diagnósticos não estiverem especificados.

ou individual [11]. Exemplos disso estão em todas as religiões e culturas antigas, nas quais se observa a atribuição de um caráter sagrado a uma bebida ou outra substância com potencial de alterar a consciência e fazer parte da alegria de viver<sup>3</sup>; ou ainda, nas considerações do usuário de drogas como um indivíduo com comportamento desviante e com distúrbio mental, face à prevalência do discurso médico e jurídico; ou na visão do uso arriscado de drogas como “maldição”, “pecado” ou “culpa”, sendo a fé a via de resolução de um problema pela ação de conselheiros espirituais para tratar o problema [27], entre outros aspectos.

O enfrentamento dessa problemática constitui uma demanda mundial: de acordo com a Organização Mundial de Saúde, cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo consomem substâncias psicoativas no padrão de uso arriscado, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo. Salvo variações sem repercussão epidemiológica significativa, essa realidade encontra equivalência em território brasileiro. Considerando qualquer faixa etária, o uso arriscado de álcool e tabaco tem as maiores prevalências globais, trazendo também as mais graves consequências para a saúde pública mundial [29].

Estima-se que 11,2% da população brasileira adulta manifesta dependência alcoólica e, ainda, que 6% da população apresenta transtornos psiquiátricos graves decorrentes do uso arriscado de álcool e outras drogas [8, 11]. O uso na vida de qualquer droga (exceto álcool e tabaco), no Brasil, é estimado em 19,4%. Essa porcentagem é próxima ao Chile (17,1%), três vezes maior que a da Colômbia (6,5%) e quase a metade da dos EUA (38,9%) [16]. A Organização Mundial de Saúde estimou em 2004 que 2 bilhões de pessoas em todo o mundo consomem bebidas alcoólicas [38]. Alguns dados do Levantamento Nacional de álcool e outras drogas – maconha, cocaína e crack (II LENAD) realizado pelo INPAD/UNIAD da UNIFESP em 2012 apontam dados importantes sobre o uso destas drogas. Maconha: o Brasil não está entre os países com maiores índices de uso de maconha no mundo. E embora a quantidade de usuários relatados no país seja relativamente pequena, a percentagem de dependentes de maconha entre usuários é a mesma encontrada em países com maior prevalência de uso; 3 milhões de adultos e 470 mil adolescentes usaram maconha no último ano, sendo 1,3 milhões de pessoas dependentes dessa droga; mais de 1% da população masculina brasileira é dependente de maconha; quase 40% dos adultos usuários de maconha são dependentes; cerca de 1,3% da população brasileira usa maconha e alguma forma de cocaína concomitantemente. Cocaína e Crack: a região sudeste concentra o maior número de usuários dessas drogas no último ano – 46%; 1 milhão de pessoas é dependente da cocaína (62% da forma aspirada e 38% da forma

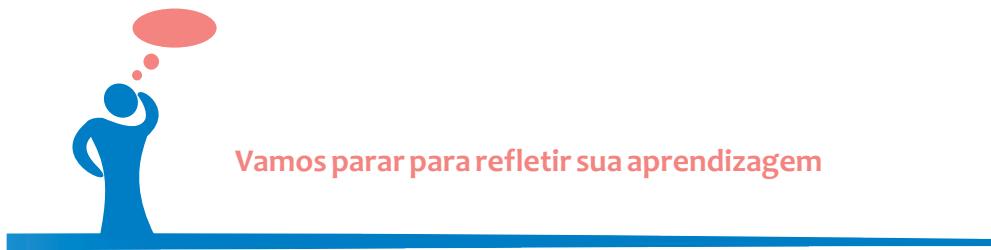
---

3. Em nossos dias observamos o carnaval do Rio de Janeiro, a festa do peão de boiadeiro em São Paulo e a Oktoberfest em Santa Catarina, exemplos de festas populares que associam festa e consumo de drogas [34].

fumada); o Brasil representa 20% do consumo mundial de cocaína/crack, sendo o principal mercado de crack do mundo [35].

Assim, o uso arriscado de substâncias psicoativas constitui hoje, um grave problema de saúde pública que vem requerendo ações que superem as ações de repressão à oferta de drogas e de diminuição da segregação social daqueles que fazem uso delas [8].

Nesse contexto, o aumento crescente do uso arriscado de substâncias psicoativas e os elevados custos sociais decorrentes desse uso vêm justificando a adoção de políticas públicas tanto direcionadas à redução da oferta quanto à redução da demanda e à adoção de medidas mais eficazes sob o ponto de vista da saúde pública [22, 23]. No entanto, outros aspectos devem ser colocados em cena. O consumo de drogas chega a gerar, através da indústria ilegal, lucros em torno de 500 bilhões de dólares/ano. Tais lucros, como em toda cadeia produtiva, vão crescendo do produtor ao intermediário, até o distribuidor final [30]. Interesses comerciais associados envolvem os da poderosa indústria de armas e os do mercado financeiro, além dos de outros segmentos menos relevantes [13].



Você sabe contar para outras pessoas fatos sobre a frequência do uso de álcool, maconha e cocaína/crack em nossa população?

O que mais chamou a sua atenção nestes fatos?

Os fatos epidemiológicos que você acabou de saber têm relação com o modo como o governo lidou e lida com o problema do uso arriscado de drogas. A seguir você saberá dos principais fatos da história das políticas públicas brasileiras neste campo.

## SEÇÃO 2

### As Políticas Sobre Drogas no Contexto Brasileiro

No que se refere ao Brasil, as políticas de enfrentamento do uso arriscado de drogas têm se desenvolvido ao longo de 67 anos, considerando a regulamentação sobre drogas existente

desde 1938. E falar sobre drogas engloba aspectos morais, psicológicos, históricos, políticos, culturais e socioeconômicos, relativos a um dado momento, em um dado contexto. E nesse contexto, o aumento crescente do uso arriscado de substâncias psicoativas e os elevados custos sociais decorrentes desse uso consumo justificam as políticas públicas sobre drogas [23].

Numa análise histórica, percebe-se que as políticas sobre drogas podem ser entendidas a partir de diferentes pontos de vista: ora acredita-se que o “problema” desaparece ao eliminar-se o uso e, nesse caso, a política se ampara nos poderes judiciário e policial, caracterizando uma **resposta repressiva**; ora acredita-se que o “problema” existe devido a pouca flexibilidade da sociedade, sendo a política a promoção da autogestão do uso e a organização de um sistema social que compense os danos eventuais, numa **resposta de legalização**; ora supõe-se que o “problema” não tem solução definitiva, mas que há necessidade de apoio através de diversos programas sociais; nesse caso, a política se reorganiza periodicamente face às novas drogas, aos novos hábitos de consumo e às crises nas relações sociais que perturbariam a subjetividade do indivíduo, numa **resposta pragmática** [2].

Falar sobre o momento em que emergem as políticas de combate às drogas no Brasil implica uma relação com o contexto mundial. Atualmente, a legislação sobre substâncias psicoativas da maioria dos países segue de perto os acordos da Convenção Única de Viena, de 1961, e da Convenção sobre Substâncias Psicotrópicas, de 1971. Estes acordos internacionais, promulgados sob forte pressão americana, abordam a questão da droga a partir de uma perspectiva limitada, introduzindo classificações de natureza estritamente farmacológica e dando quase nenhuma atenção a fatores de ordem social ou cultural. Tanto nos tratados internacionais quanto nas legislações e políticas nacionais deles decorrentes, deixa-se de reconhecer os problemas suscitados pelo uso de psicoativos como produção cultural, ignorando-se a profunda heterogeneidade dos modos de consumo, das razões, crenças, valores, ritos, estilos de vida e visões de mundo que os sustentam [25].

Nosso país tem regulamentação sobre as drogas desde 1938, inicialmente estabelecida pelo Decreto-Lei nº 891/38, no governo de Getúlio Vargas, posteriormente incorporada ao artigo 281 do Código Penal [26]. Após isso, diversas alterações legislativas culminaram na Lei 6368/76, estabelecida durante a ditadura militar de 64. Essa Lei, de 21 de outubro de 1976, foi sancionada no governo do presidente Ernesto Geisel. Embora a Lei trouxesse alguns avanços à época (por exemplo, o de não criminalizar o usuário), também era, no fundamental, criminalizadora (dado que não diferenciava o usuário do traficante) [20, 26, 37]. Sua abordagem era jurídico-penal e médico-psiquiátrica, fazendo com que o problema fosse encarado ora como caso de polícia, ora como caso de doença mental [31]. Com o fim da ditadura militar, remanesceu um arcabouço de legislação dedicada às drogas.

No governo de João Figueiredo foi instituído o Sistema Nacional de Prevenção, Fiscalização e Repressão de Entorpecentes através do Decreto 85.110, em 2 de setembro de 1980. Nele se estruturaram os chamados Conselhos de Entorpecentes (Conselho Federal – CONFEN, Conselhos Estaduais – CONENs e Conselhos Municipais – COMENs) que até 1998, de maneira diversificada, contribuíram para conduzir iniciativas sobre o tema drogas no Brasil [26]. Esse Sistema tinha por objetivo formular a Política Nacional de Entorpecentes, compatibilizar planos nacionais com planos regionais, estaduais e municipais, bem como fiscalizar a respectiva execução.

Em 1986, através da Lei 7560, foi criado o Fundo de Prevenção, Recuperação e Combate às Drogas de Abuso (FUNCAB) no âmbito do Ministério da Justiça. Em 1987, o Governo Federal, através da antiga Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), elaborou o Programa Nacional de Controle dos Problemas relacionados com o Consumo do Álcool (PRONAL), com o objetivo de organizar a rede de serviços de atenção aos problemas associados com o consumo do álcool, com ênfase nos cuidados primários de saúde e visando a uma redução da ocorrência e do impacto social e econômico provocado pelo consumo inadequado do álcool no país [5]. Após isso, com a Constituição Federal de 1988, o tráfico de drogas passa a ser definido como crime inafiançável, ficando previsto o confisco dos bens de traficantes, a autorização para expropriação de terras que estavam servindo para o plantio ilícito, bem como a obrigação do Estado em manter programas de prevenção e assistência para crianças e adolescentes (Art. 5º - XLIII) [6]. A Lei nº 8.080 de 1990 – a “Lei do SUS” também regulou algumas ações e serviços no controle e na fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos [7].

Contudo, somente em 1993, no governo do presidente Itamar Franco, um Sistema foi estruturado através da criação da Secretaria Nacional de Entorpecentes, pela Lei nº 8.764, de 20 de dezembro de 1993, vinculada ao Ministério da Justiça. E em 1998, no governo do presidente Fernando Henrique Cardoso, em substituição à anterior, foi criada a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), vinculada à Casa Militar da Presidência da República.

Também houve mudança de denominação – extinguiu-se o CONFEN e instituiu-se o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD). Em 11 de dezembro de 2001, a SENAD, o Departamento da Polícia Federal e outros agentes do Sistema elaboraram a Política Nacional Antidrogas (PNAD) [9]. E no governo Lula ocorreu a mudança do nome original da SENAD para Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e a sua colocação no Ministério da Justiça. Em 11 de janeiro de 2002 foi promulgada a Lei 10.409, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica [9].



### Momento de verificar sua compreensão



Quais são as três formas de resposta que caracterizam as políticas sobre drogas?

Pensando no serviço no qual você atua profissionalmente (seja no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou no Ministério Público), qual dos três pontos de vista sobre as drogas é mais presente no discurso da comunidade ou das pessoas do serviço?

As pessoas do serviço ou da comunidade costumam defender alguma das respostas políticas para o enfrentamento do problema das drogas que você aprendeu nesta seção do capítulo?

Você sabe enumerar pelo menos dois fatos da história das políticas sobre drogas no Brasil?

A história que você acabou de conhecer repercute diretamente nos diversos serviços (seja no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou no Ministério Público) oferecidos à população, já que a Política de Saúde Mental norteia cada um deles. Considerando a necessidade de integração entre o Sistema Único de Saúde e o Sistema Único de Assistência Social, a seção seguinte discute as particularidades e os desafios do percurso das políticas sobre drogas nestes Sistemas.



### Espaço para anotações

## Seção 3

### As Políticas Públicas e as Redes de Atenção Integral

#### No Sistema Único de Saúde: um percurso mais definido

Já em março de 2003, o Ministério da Saúde instituiu a Política para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (PAIUAD), elaborada pela Área Técnica de Saúde Mental/Álcool e Drogas. Essa Política destaca a importância dos serviços de saúde voltados à população usuária de drogas e propõe diretrizes de prevenção, tratamento e educação voltados para o uso indevido de álcool e outras drogas. As propostas adotam uma perspectiva intersetorial, envolvendo programas do próprio Ministério da Saúde, de outros setores do governo, de organizações não-governamentais e representações da sociedade civil organizada. E, ainda, a centralidade da lógica da Redução de Danos no interior dessa política, no sentido de reconhecer cada usuário em suas singularidades, traçando com aqueles para os quais forem convenientes e indicadas, estratégias que não estão voltadas necessariamente para a abstinência como objetivo a ser alcançado, mas, sim, para a defesa de sua vida [10]. Suas diretrizes são consonantes com os princípios da política de saúde mental vigente e em conformidade com a Lei Federal nº 10.216/2001<sup>4</sup> e com as propostas da Organização Mundial de Saúde [8]. Uma das principais diretrizes do documento refere-se à implantação dos serviços de atenção diária ao usuário, nos ambientes de tratamento denominados Centros de Atenção Psicossocial (CAPS's). Por meio de uma equipe profissional multidisciplinar, os CAPS's oferecem serviços para pessoas e famílias com necessidades decorrentes do uso arriscado de drogas. São medidas de reabilitação e reinserção social, assistência individual (orientação, assistência médica, social e psicológica), psicoterapia de grupo, oficinas terapêuticas, assistência domiciliar e atividades comunitárias. O Ministério da Saúde também controla, por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o cumprimento das normas para o tratamento do uso arriscado de drogas em outros ambientes de tratamento.

A Lei da Saúde Mental (10.216), mencionada acima, aprovada em abril de 2001, dispõe um novo modelo assistencial em saúde mental, com proteção dos direitos das pessoas com transtorno mental (e impedindo a construção de novos hospitais psiquiátricos ou contratação destes por parte do poder público).

4. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais.

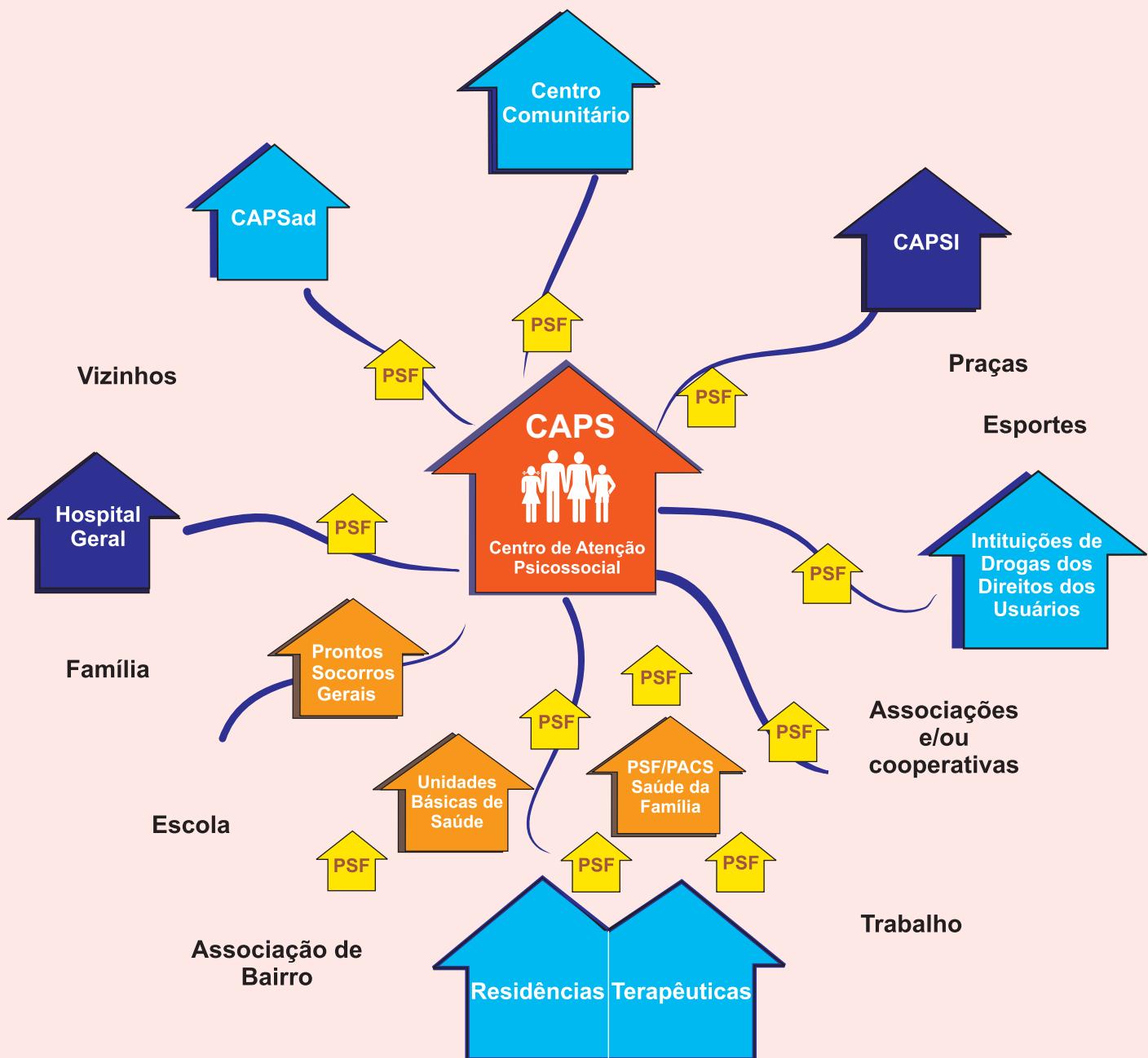
A partir dela, o Ministério da Saúde cria linhas de financiamento para serviços substitutivos aos manicômios, sendo definidas duas para a atuação: a construção de uma rede de atenção à saúde mental para substituir o modelo hospitalocêntrico e a fiscalização e redução progressiva e programada de leitos psiquiátricos [33, 36]. A proposta atual dessa política é a garantia da estruturação de uma Rede de atenção integral constituída por vários dispositivos que possibilitem a atenção integral às pessoas com doença mental.

Essa Rede de atenção deve, portanto, ser diversificada e ampla, para atender às diferentes necessidades das pessoas que apresentam diferentes demandas na área da saúde mental, entre elas as decorrentes do uso arriscado de álcool e outras drogas. Deve haver a garantia da atenção e um cuidado integral, sendo esse cuidado uma das diretrizes do SUS. Segundo Cruz e Ferreira [17], isso não poderá ser alcançado apenas por um serviço ou um profissional. Essa Rede deverá também ser intersetorial, ou seja, igualmente integrada a outros setores, com o propósito de atender às pessoas de forma efetiva em seu tratamento e em seu processo de reconstrução, em sua reabilitação e reinserção social. A Rede tem por objetivo aumentar o acesso e o acolhimento, considerando que os locais de ações de saúde podem ser os diferentes locais por onde circulam os usuários de álcool e outras drogas, como os demais equipamentos de saúde articulados com outros pontos da rede de saúde, educação, justiça, trabalho e promoção social. Defende-se que é somente desta forma que se garante que as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação sejam contínuas e associadas e, portanto, eficazes [12]. Pensa-se, inclusive, em outros dispositivos que se caracterizam como atividades de cuidado e suporte social sustentadas por ações intersetoriais, tais como trabalho protegido, lazer, advocacia de direitos e de questões previdenciárias [21]. A Rede deve funcionar de forma articulada, tendo os CAPS como serviços estratégicos, desenvolvendo o papel de organizador e regulador dos serviços de saúde mental, que devem ser proporcionais à população do município (FIGURA 1 e QUADRO 1).



Espaço para anotações

**Figura 1: Rede preconizada para a Saúde Mental pelo Ministério da Saúde.**  
 (Adaptada [12])



## QUADRO 1: FUNCIONAMENTO DOS CAPS (Adaptada [12])

### CAPS I – municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas  
De segunda a sexta-feira

### CAPS II – municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas  
De segunda a sexta-feira  
Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

### CAPS III – municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funciona 24 horas, diariamente, também nos feriados e fins de semana

### CAPSi – municípios com população acima de 200.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas  
De segunda a sexta-feira  
Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

### CAPSad – municípios com população acima de 100.000 habitantes

Funciona das 8 às 18 horas  
De segunda a sexta-feira  
Pode ter um terceiro período, funcionando até 21 horas

A atuação desses equipamentos é diferente (QUADRO 2) quanto: a) ao tamanho do equipamento, estrutura física, profissionais e diversidade nas atividades terapêuticas; b) à especificidade da demanda, isto é, para crianças e adolescentes, usuários de álcool e outras drogas ou para transtornos mentais (psicóticos, de ansiedade ou de humor) graves.

## **QUADRO 2: ATUAÇÃO DOS CAPS** (Adaptada [12])

### **CAPS I e CAPS II**

São CAPS para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

### **CAPS III**

São CAPS para atendimento diário e noturno de adultos, durante sete dias da semana, atendendo à população de referência com transtornos mentais severos e persistentes.

### **CAPSi**

São CAPS para infância e adolescência, para atendimento diário a crianças e adolescentes com transtornos mentais.

### **CAPSad**

São CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação.

Entre os princípios da Rede, cabe ressaltar a proposta de cobertura dos serviços a partir do território. O território não deve ser confundido como apenas a área geográfica de abrangência dos serviços, mas, sobretudo, como o espaço onde circulam pessoas, interagem instituições e se compartilham vivências em diferentes locais (igreja, escola, oficina, bar, praça, campo de futebol, etc.). O território deve ser compreendido num sentido mais subjetivo, como próprio a cada pessoa, particular, mas influenciado pelas diferentes culturas presentes nas diferentes pessoas de um mesmo bairro, cidade ou família [17].



**Hora de refletir sua realidade**

Quantos e quais equipamentos da Rede de Saúde Mental você conhece?

Como tem sido a participação do seu serviço (seja no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou no Ministério Público) nesta Rede?

## No Sistema Único da Assistência Social: um percurso ainda em construção

No que se refere à Política de Assistência Social<sup>5</sup> nesse contexto, é preciso que façamos algumas reflexões, cabendo destacar: os vários e complexos aspectos que perpassam os objetivos dessa Política; os serviços por ela definidos e suas competências; a lógica de funcionamento; públicos-alvo; tempo histórico de existência tanto das legislações

5. A Assistência Social é política pública componente da Seguridade Social prevista pela Constituição Federal de 1988 (art. 194, 203 e 204) e regulamentada pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742, de 1993), alterada pelas Leis nº 11.258 de 2005 e Lei nº 12.435, de 2011 (conhecida como a “Lei do SUAS”). Os processos, mecanismos e instrumentos de sua operacionalização encontram-se, por sua vez, definidos e regulamentados pela Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, e pela Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), de 2005. Está voltada à garantia de direitos sociais e opera serviços, programas, projetos e benefícios, devendo realizar-se de forma integrada às demais políticas públicas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e acesso aos direitos sociais [14]. Os serviços estão organizados em dois níveis: Proteção Social Básica (PSB) e Proteção Social Especial (PSE) de Média e Alta Complexidade.

pertinentes quanto da (re) organização dos equipamentos que operam essa Política Social; os profissionais que a integram; e, sobretudo, quais concepções acerca da Assistência Social e sobre as drogas estão colocadas no debate na cena contemporânea, entre outros aspectos.

Por estarmos tratando de uma questão complexa e desafiante, que exige uma atuação intersetorial, cabe ao Sistema Único da Assistência Social (SUAS) por meio de seus serviços, ações de prevenção e reinserção social, principalmente. Considerando que o SUAS tem como algumas de suas características: o território; a centralidade no atendimento à família; a garantia de atenção diferenciada por níveis de proteção social, entre outros aspectos, as possibilidades estão colocadas na atuação no trabalho com indivíduos e famílias.

No nível da Proteção Social Básica (PSB)<sup>6</sup> está a importância da dimensão preventiva. As ações devem ser mais abrangentes, que combinem também as esferas da segurança pública, da saúde, da educação, dentre outras, em um plano nacionalmente articulado [3]. Para atuar com o público-alvo da Assistência Social, é preciso estar atento às demais legislações como o Estatuto da Criança e do Adolescente e Estatuto do Idoso, entre outras, pois visam destacar a proteção e o papel de todos em prevenir a ocorrência de ameaças ou violação de direitos. Podemos destacar como exemplos dessas ações, as quais devem estar articuladas entre si e envolvendo toda a comunidade: as que visam o desenvolvimento da mobilização comunitária, as atividades socioeducativas, a criação de comitês gestores visando articular o planejamento das ações (compostos pelos gestores da assistência, saúde, educação, etc, conforme a realidade do município), amplo conhecimento do território a partir da construção de um diagnóstico local, articulação da rede socioassistencial e intersetorial existente, etc.

O mapeamento é um importante instrumento para fundamentar o planejamento da atuação articulada e coordenada, principalmente das áreas da Assistência Social e Saúde. Somente uma atuação intersetorial poderá promover resultados satisfatórios, seja do ponto de vista físico/biológico seja do ponto de vista social. É fundamental também que as equipes técnicas dos serviços socioassistenciais sejam permanentemente capacitadas. E que a abordagem aos indivíduos e famílias seja inovadora e não moralizadora [3].

---

6. A PSB tem como objetivo a prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social, por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, sua principal estratégia é a oferta territorializada de serviços socioassistenciais: atividades continuadas que objetivam a melhoria da qualidade de vida da população, com ações focadas no atendimento de necessidades básicas, seja por meio do PAIF ou do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos [14].

No nível da Proteção Social Especial (PSE)<sup>7</sup> está também a importância da dimensão preventiva, mas também as ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de drogas [4]. Aqui cabe destacar a atenção especial que deve ser dispensada à população em situação de rua. Os Serviços de Abordagens deverão observar os encaminhamentos necessários para a sua efetiva proteção. Nos casos de uso/ou dependência de drogas, os encaminhamentos para a rede de saúde deverão ser avaliados por suas equipes presentes nas ruas, que possuem competência para tal. Os Centros POP<sup>8</sup> são espaços estratégicos para o trabalho com a questão da saúde, seja para o desenvolvimento de atividades preventivas, seja para a identificação de demandas desta natureza, além do acompanhamento em parceria com serviços de saúde daquelas situações que exijam atendimento concomitante. Nesse espaço poderão vir a ser identificadas também as realidades nas quais a situação de rua se associe uso ou dependência de crack e outras drogas, as quais demandarão sensibilização para avaliação pela rede de saúde, seguida dos encaminhamentos necessários para assegurar certos cuidados [4]. Enfim, os serviços do SUAS são uma importante retaguarda para o acompanhamento de situações atendidas pela rede de saúde, pela realização do trabalho social com os indivíduos em atendimento ambulatorial ou aqueles que se encontram sem referência familiar e prestes a receber alta de tratamento hospitalar, momento no qual a rede de assistência social pode ser acionada. Outros atores fundamentais em todo esse contexto de intervenção da PSE são: os Conselhos Tutelares; o Judiciário e Conselhos Gestores de Políticas Públicas em geral.

Cabe reforçar que o trabalho desenvolvido pelo SUAS não deve substituir o trabalho a ser realizado pela Política de Saúde Mental no que diz respeito ao tratamento, tendo os CAPS e os CAPSad como parceiros fundamentais. Todos esses aspectos devem possibilitar à Assistência Social uma visão menos determinista e mais abrangente do fenômeno.

---

7. A PSE organiza a oferta de serviços, programas e projetos de caráter especializado, destinado a famílias e indivíduos em situação de risco pessoal e social, por violação de direitos. Sua atuação direciona-se a situações que, concretamente, demandam trabalho social especializado no SUAS, como violência física e psicológica; abandono; violência sexual (abuso e exploração sexual); tráfico de pessoas; situação de rua; trabalho infantil; cumprimento de medidas socioeducativas em meio aberto; afastamento do convívio familiar. Está organizada em 2 níveis: Média Complexidade e Alta Complexidade. Os serviços de PSE de Média Complexidade são destinados à oferta de acompanhamento especializado e os serviços de PSE de Alta Complexidade devem assegurar proteção integral aos sujeitos atendidos [14].

8. O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é a unidade pública e estatal de referência da PSE de Média Complexidade para o trabalho social especializado com a população adulta em situação de rua.

Pensar a pobreza e os demais fenômenos relacionados (os significados e suas dimensões) possibilita ampliar o foco do debate, evitar ações assistencialistas e policiais. É urgente a necessidade de compreendermos a realidade social na qual estão inseridos os indivíduos e famílias atendidos pelo SUAS, quais situações de “proteção e desproteção” se configuram, a heterogeneidade de cada território, a existência do tráfico (e o que isso pode implicar no cerceamento do uso dos equipamentos socioassistenciais na comunidade), a violação de direitos humanos, a violência sob outros ângulos, a criminalidade, entre vários outros aspectos.



**Hora de refletir sua realidade**

É hora de você pensar na realidade do seu serviço no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou do Ministério Público e usar o que acabou de saber.

Você poderia listar dois casos atendidos por você que necessitam da “retaguarda” dos serviços do SUAS?

Quais os motivos que levam você a pensar que esses casos precisam desta retaguarda?

A seguir, a partir da realidade do campo da dependência química no Espírito Santo, você poderá situar a realidade do seu serviço seja no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou do Ministério Público neste campo.

## SEÇÃO 4

### Questões Atuais e a Realidade do Estado do Espírito Santo

A Lei da Saúde Mental e, com ela, a reestruturação da Rede, levantaram questões polêmicas que precisaram ser legisladas. Assim, na sequência cronológica, em 2006, após 30 anos de vigência, a Lei 6.368/76 acabou revogada. Institui-se a Lei nº 11.343, a qual não desriminaliza qualquer tipo de droga ilícita. A nova lei, em tese, inovou com a

despenalização do usuário/dependente, mas não discutiu a descriminalização das drogas [24]. E em 2007, no segundo mandato do governo Lula, através do Decreto nº 6.117, foi aprovada a Política Nacional sobre o Álcool que dispõe sobre as medidas para redução do uso arriscado de álcool e sua associação com a violência e a criminalidade.

E em 2009 e 2010 foram concebidos o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e à Prevenção em Álcool e outras Drogas no SUS (PEAD) e o Plano Integrado de Enfrentamento do Crack e outras Drogas – “Plano Crack”, respectivamente. Podemos ainda citar, nesse contexto, diversas legislações que perpassam a temática, tais como: a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (2001), a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde (2004), a implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios (2004), a Política do Ministério da Saúde para as bebidas alcoólicas (2007), o Decreto Presidencial nº 6.488 (2008), que regulamenta a Lei 11.705 – a “Lei Seca”, o Código de Trânsito Brasileiro (1998), a Política Nacional de Trânsito (2004), a Lei 12.435 (2011), que versa sobre o Sistema Único da Assistência Social (SUAS), entre outras.

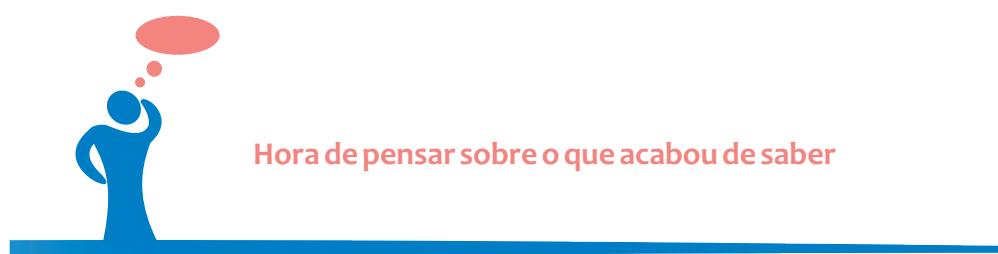
No que se refere ao estado do Espírito Santo, ainda temos ações muito tímidas no enfrentamento da questão das drogas. Nossa estado possui uma população de 3.351.669 habitantes distribuídos em 78 municípios, sendo em sua maioria de pequeno porte (43 municípios com menos de 20 mil habitantes) [19]. Seguindo a diretriz nacional, a política de saúde mental estadual hoje traz como proposta a redução progressiva dos leitos psiquiátricos, a qualificação dos profissionais que atuam na saúde mental, a expansão e o fortalecimento da rede extra-hospitalar (como CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos e unidades psiquiátricas em hospitais gerais), implantação do Programa de Volta para Casa e implementação das ações de saúde mental na Atenção Básica através das Equipes Mínima de Saúde Mental. A Rede de atenção é pensada: a) em nível ambulatorial, através da Unidade Básica de Saúde, CAPS e ambulatório especializado em saúde mental; b) em nível hospitalar, através de hospital-dia, serviço de urgência psiquiátrica, leito ou unidade psiquiátrica em hospital geral e hospital especializado em Psiquiatria; c) em serviços residenciais terapêuticos, através de casa lar, pensão protegida e, centros de convivência [18] [28]. Em dezembro de 2011, através da Lei nº 605, foi criada a Coordenação Estadual sobre Drogas e em junho de 2012 foi promulgada a Lei nº 9.845 que institui o Sistema

Estadual de Políticas Públicas sobre Drogas (SISESD), para articular, integrar, organizar e coordenar as atividades relacionadas com prevenção do uso arriscado de drogas, atenção e reabilitação para a reinserção social de pessoas com este padrão de uso, bem como, repressão ao tráfico de drogas ilícitas. O Conselho Estadual sobre Drogas (COESAD) foi criado em junho de 1999. E nesse cenário, verificamos que, no estado, as ações na área de prevenção e assistência às pessoas e famílias com necessidades decorrentes do uso arriscado de drogas são realizadas por instituições desarticuladas e sem o controle por parte do poder público. Verificamos aumento do número de organizações não-governamentais no enfrentamento da questão do uso arriscado de drogas [32].

Em estudo realizado em 2006 por Abreu e Garcia no ES, verificou-se que o consumo de drogas aparece como um problema reconhecido em todos os 78 municípios do estado, segundo os técnicos da área de saúde e/ou ação social. A despeito disto, apenas 39 desses municípios relataram desenvolver ações na área, seja através de atendimentos ambulatoriais, internação ou atividades de prevenção (palestras em escolas e/ou comunidades). Quanto aos municípios que referiram não realizar nenhuma ação na área, a ação se constituía em transferir a questão para outras regiões que realizam essas ações de saúde. No entanto, numa análise sistemática da política municipal de saúde destes municípios foi possível identificar que em alguns havia Equipe Mínima em Saúde Mental e/ou Estratégia de Saúde da Família cujas atribuições incluem a realização de tais ações. O estudo evidenciou uma desagregação dos serviços que denota a existência de ações focalizadas, desarticuladas e sem o conhecimento dos recursos disponíveis na Rede, entre outros aspectos. Os gestores das secretarias municipais de saúde e/ou ação social convivem num cenário no qual não conseguem responder satisfatoriamente às demandas ou não reconhecem as ações assistenciais existentes na Rede local como capazes de atender essas demandas.

Este cenário capixaba pode ser reportado ao contexto nacional dos últimos anos. Num mapeamento em todo o país entre os anos de 2006 e 2007 de instituições na área de drogas que desenvolviam alguma ação ligada à prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social, ensino/pesquisa, e redução de danos, Carvalho [15] identificou 9.503 instituições, entre governamentais e não governamentais. A prevalência de instituições não governamentais (67,7%) na área demonstra a ausência de responsabilização por parte do Estado na questão até o final da década de 2000.

No que se refere às ações de prevenção, o mesmo estudo mostrou que prevalece a prevenção universal e o modelo mais utilizado é o da educação afetiva. A maioria (mais da metade) das instituições realizava formação de multiplicadores e a maioria das ações era destinada à comunidade em geral. E na área do tratamento, recuperação, reabilitação e reinserção social verificou-se que a maioria das instituições são as comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua. Os tipos de tratamento mais utilizados são as psicoterapias individual, familiar e grupal. A participação da família foi considerada importante para o tratamento. Sobre a reinserção social, os dados demonstraram que a maioria das instituições visava essa reinserção através de encaminhamentos para grupos de ajuda mútua, cursos profissionalizantes, mercado de trabalho, entre outros [15]. Sobre a redução de danos, as instituições realizavam distribuição de materiais educativos, aconselhamento e encaminhamento para a rede social e de saúde, e para testagem do HIV. Poucas instituições desenvolviam trabalho de campo, ou seja, iam à comunidade. Outro dado interessante é que nas instituições governamentais, os profissionais atuantes eram os da saúde e, nas instituições não-governamentais prevaleciam os voluntários e os ex-usuários de drogas. Sobre as atividades de ensino e pesquisa, observou-se que a maioria dos estudos desenvolvidos pelas instituições governamentais falava sobre tratamento/recuperação e nas instituições não-governamentais prevalecia a prevenção do uso de álcool e outras drogas. E ainda, a pesquisa mais utilizada pelas instituições é a epidemiológica. Isto mostra pelos menos dois grandes desafios estaduais no enfrentamento do uso arriscado de drogas: a educação permanente de profissionais de diferentes setores dos serviços e a articulação desses setores na chamada intersetorialidade.



### Hora de pensar sobre o que acabou de saber

Enumere de modo crítico alguns aspectos da realidade dos serviços capixabas na área da dependência química.

## Seção 5

### Uma trajetória com muitos desafios...

Diante dessa breve contextualização histórica, pode-se destacar que Política Pública de Enfrentamento do Uso Arriscado de Drogas no Brasil configura-se como um fenômeno não somente político, mas também institucional, social e cultural, cuja abordagem interventionista exige elaborações teóricas e conceituais, incursões históricas e fundamentações empíricas que, no plano mais geral, têm a ver com transformações de toda ordem ocorridas nas relações entre Estado e sociedade, sob a influência de fatores internos e externos.

Espera-se que inicialmente cada tomada de decisão que ocorra nos municípios provoque uma modificação na forma de identificar e atender as demandas/possíveis problemas decorrentes do uso arriscado de drogas e, sobretudo, na forma de atuação dos diversos atores/setores envolvidos. Os diversos profissionais não podem prescindir do conhecimento aprofundado desta problemática e de seus desdobramentos no espaço local, para elaborar uma visão crítica e apontar, de forma coletiva, estratégias de enfrentamento eficazes e eficientes.

Toda reflexão elaborada até aqui fornece pistas de que o problema não está centrado somente nos setores dos Sistemas de Saúde e de Segurança Pública. Defendemos uma reflexão que visa entender o quanto (e como) é necessário compreender esse fenômeno dentro de um contexto amplo.



Agora você é o(a) juiz(a) da sua aprendizagem

1. Você sente segurança para falar sobre os principais dados epidemiológicos sobre o uso arriscado de drogas no Brasil?

2. Sabe justificar pelo menos uma das três respostas políticas ao problema de saúde pública envolvendo o uso arriscado de drogas?

3. Sente segurança ao contar pelo menos um dos fatos da história das políticas públicas sobre drogas no Brasil?

4. Partindo de um caso específico de um usuário de droga que frequenta o seu serviço no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou do Ministério Público, você sente que pode planejar um acompanhamento integrado com o SUAS? Como você justificaria esta integração? (se você é do SUAS, quais devem ser as justificativas dessa integração?).

5. Considerando o objetivo deste capítulo, como avalia o seu domínio do conteúdo do mesmo?



1 - ABREU, C. C; GARCIA, M. L. T. **Ações da municipalidade frente ao consumo de drogas: um estudo sobre integralidade.** 2006. Monografia (Conclusão de Curso). Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

2 - ACSELRAD, G. Políticas de drogas e cultura de resistência. Disponível em <<http://www.fsmt.org.co/aa/ing-upload>>. Acesso em: junho de 2005.

3 - ALMEIDA, A. et al. Proteção Social Básica: a importância da dimensão preventiva do uso e dependência do crack e outras drogas. In: **Sistema Único de Assistência Social – SUAS: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas.** Departamento de Proteção Social Básica/SNAS/MDS. Brasília, 2012. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial>>.

4 - BARROS, K. de A. F. et al. Proteção Social Especial: ações integradas para a atenção a situações de risco pessoal e social associadas ao uso/dependência de crack e outras drogas. In: **Sistema Único de Assistência Social – SUAS**: perspectivas para o trabalho integrado com a questão do crack e outras drogas. Departamento de Proteção Social Especial/SNAS/MDS. Brasília, 2012. Disponível em <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial>>.

5 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle dos problemas relacionados com o consumo do álcool – PRONAL**. Brasília, 1987.

6 - BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

7 - BRASIL. Lei nº 8.080. 19 de setembro de 1990.

8 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Diretrizes de normatização a assistência a dependência química**. Brasília, 2001.

9 - BRASIL. Gabinete de Segurança Institucional. **Política Nacional Antidrogas**. Brasília: SENAD, 2002.

10 - BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. Brasília, 2003.

11 - BRASIL. Decreto Lei 1381-R. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2004.

12 - BRASIL. **Saúde mental no SUS**: os centros de atenção psicossocial. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

13 – BRASIL. MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Disponível em <<http://www.mj.gov.br>>. Acesso em: 12 mar. 2005.

14 - BRASIL. Conselho Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social (PNAS)**. Resolução N°145, de 15 de Outubro de 2005. Brasília, 2005.

15 - CARVALHO, D. B. B. de. **Mapeamento das instituições governamentais e não-governamentais de atenção às questões relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas no Brasil - 2006/2007**: Relatório. Universidade de Brasília. Senad. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2007.

16 - CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOATIVAS. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil**: um estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001/E. A. Carlini. et al. São Paulo: CEBRID/UNIFESP– Universidade Federal de São Paulo, 2002.

- 17 - CRUZ, M. S; FERREIRA, S. M. B. A rede de saúde na assistência a usuários de álcool e outras drogas: papel das UBS, CAPSad, hospitais gerais e hospitais psiquiátricos. In: **SUPERA**. BRASIL, 2006. Módulo 6. Capítulo 3.
- 18 - ESPÍRITO SANTO. Secretaria Estadual de Saúde. **Política Estadual de Saúde Mental**. 2001. Vitória, 2001.
- 19 – ESPÍRITO SANTO. Portal do Governo do Estado do Espírito Santo. **Municípios 2010**. Disponível em: <<http://www.portaldosmunicípios.es.gov.br>> Acesso em: 5 abr. 2010.
- 20 - FLACH, L. M. **Drogas? Sejamos razoáveis!** São Paulo: Centro de Tratamento Bezerra de Menezes, 1999.
- 21 - JORGE, M. A. S.; ALENCAR, P. S. S.; BELMONTE, P.; REIS, V. L. M. Políticas e práticas de Saúde Mental no Brasil. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim. **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 207-223.
- 22 - LARANJEIRA, R.; ROMANO, M. **Políticas públicas para o álcool**. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Programa de pesquisas em políticas públicas. 2003.
- 23 - LEAL, F. X.; GARCIA, M. L. T. Drogas e Legislação: reflexões sobre políticas de enfrentamento ao uso indevido de drogas no Brasil. In: **Cadernos temáticos dos desafios educacionais contemporâneos: Prevenção ao uso indevido de drogas**. Secretaria de Estado da Educação. Superintendência da Educação. Diretoria de Políticas e Programas Educacionais. Coordenação de Desafios Educacionais Contemporâneos. Curitiba: SEED, 2008.
- 24 - LEAL, F. X. O Brasil, as Drogas e as Políticas de sua contenção: uma revisão histórica. In: GARCIA, M. L. T; LEAL, F. X. (Orgs). **Análise de políticas públicas**: temas, agenda, processo e produtos. São Paulo: Annablume; Vitória: Facitec, 2012.
- 25 - MACRAE, E. Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JÚNIOR, A. (org). **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 25-46.
- 26 - MESQUITA, F. **A construção de um caminho democrático e humanitário para o Brasil**. Disponível em: <<http://www.reduc.org.br>> Acesso em: 20 dez 2004.
- 27 - O'BRIEN, W.B.; BIASE, Vicent, In: JoiceH. Lowinson, et al. **Substance Abuse: A Comprehensive Texbook**. Baltimore, Maryland: William & Wilkins, 1992.
- 28 - OLIVEIRA, E. F. dos A.; GARCIA. M. L. T. A política de saúde mental no Estado do Espírito Santo. In: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 50-58, jan./jun. 2011.

- 29 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento – CID – 10:** descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- 30 - RIBEIRO, A.M.M.; IULIANELLI, J.A.S. (orgs). **Narcotráfico e violência no campo.** Rio de Janeiro: DP&A, 2000.
- 31 - SÁ, D. B de. Projeto para uma nova política de drogas no país. In: ZALUAR, A. (org). **Drogas e Cidadania: repressão ou redução de riscos.** São Paulo: Brasiliense, 1999.
- 32 - SILVA, J. A.; GARCIA, M.L.T. As comunidades terapêuticas de tratamento de dependentes químicos no estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria.** Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v.53, n. 4, p. 243-252, ago/2004.
- 33 - TENÓRIO, F. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 1980 aos dias atuais: **historias e conceitos.** Historia, ciência, saúde-Manguinhos, janeiro/abril, 2002. vol 9, n. 01, p.25-59.
- 34 - TOSCANO JÚNIOR, A. Um breve histórico sobre o uso de drogas. In: SEIBEL, S.D.; TOSCANO JÚNIOR, A. (org). **Dependência de drogas.** São Paulo: Atheneu, 2000. p. 7-23.
- 35 - UNIAD. **II Levantamento Nacional Álcool e Drogas.** São Paulo: UNIFESP, 2012.
- 36 - VASCONCELOS, E. M. Breve periodização histórica do processo de reforma psiquiátrica recente. In: BRAVO, M.I.S. et al. (orgs). **Saúde Mental e serviço Social.** 2<sup>a</sup> edição. São Paulo: Cortez, 2002, p. 19-34.
- 37 - VELOSO, L.; CARVALHO, J.; SANTIAGO, L. Redução dos danos decorrentes do uso de drogas: uma proposta educativa no âmbito das políticas públicas. In: BRAVO, M. I. S. et al (org.). **Saúde e Serviço Social.** São Paulo: Cortez, 2004.
- 38 - WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Report on Road Traffic Injury Prevention.** Relatório de 2004. Disponível em <[http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world\\_report/en/](http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/en/)>. Acesso: 01 maio 2007.



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

## Capítulo 3

### **CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA**

Janine Andrade Moscon



# CONCEITOS EM DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Janine Andrade Moscon<sup>1</sup>

**Caro leitor,**

Os conceitos da área da dependência química advêm de diferentes ciências e são tão numerosos quanto os problemas decorrentes dos diferentes padrões de uso de drogas. Atuando no Sistema de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública ou Ministério Público, você pode precisar intervir em alguns desses problemas. Em algumas vezes, uma solução dos mesmos pode ser possível no nível do seu serviço; em outras, será preciso encaminhar uma solução em outros níveis da atenção, na saúde ou em outros setores do serviço público.

Mas, como esses problemas indicam a classificação do padrão de uso de drogas de um paciente específico? Como analisar tecnicamente o comportamento dele quando responde “bebo socialmente” ao ser indagado se consome bebidas alcoólicas? Quais são as consequências fisiológicas que imprimem características de doença à dependência química? O que ocorre no organismo do usuário com o desenvolvimento da dependência química? Quais são esses efeitos? Como se fazer entender por (ou entender o que diz) um especialista?

Justificado na importância fundamental de uma linguagem comum para um trabalho eficiente e articulado dos profissionais que atuam no Sistema de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública ou Ministério Público, este capítulo responde a estas e a outras perguntas. Seu objetivo é apresentar a você alguns conceitos de uso científico na área da dependência química: droga e substância psicoativa (SPA); padrões de uso de SPAS (uso nocivo/prejudicial/abuso e dependência); critérios diagnósticos para os diversos padrões de uso de SPAS e Síndrome de Abstinência; Sistema de Recompensa Cerebral e ação das drogas no Sistema Nervoso Central.

Os conceitos aqui apresentados fazem parte de uma lista de termos relevantes à Clínica da Dependência Química. A ela se acrescentou outros termos relevantes ao estudo dos demais capítulos deste livro.

**Bom estudo.**

1. Médica, Especialista em Dependência Química pela UNIFESP, Mestre em Ciências Fisiológicas pela UFES – Laboratório de Neuropsicofarmacologia, Médica do Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos CPTT-CAPS-ad III (Vitória-ES) e do CAPS-ad (Serra-ES), Coordenadora de Curso e Professora do CRRESCES.

## Seção 1: Conceito de Droga e de Dependência Química

A origem etimológica da palavra droga é incerta. No entanto, parece que a primeira língua a utilizá-la da forma que a conhecemos atualmente foi o francês: “drogue” (ingrediente, tintura ou substância química ou farmacêutica, remédio, produto farmacêutico) [1]. Atualmente, a Medicina define droga como qualquer substância capaz de modificar o funcionamento dos organismos vivos, resultando em mudanças fisiológicas ou de comportamento, ou seja, qualquer substância capaz de modificar o funcionamento orgânico de forma terapêutica ou prejudicial [1]. **As substâncias psicotrópicas são aquelas capazes de alterar de forma quantitativa (para mais ou para menos, ou seja, estimulantes ou depressoras) ou qualitativa (perturbadores ou alucinógenos) o funcionamento do Sistema Nervoso Central (SNC). Dentro desse grupo, destacam-se as Substâncias Psicoativas (SPAS) que são as psicotrópicas capazes de gerar “reforço” comportamental sendo passíveis de autoadministração [2].** Comumente, o termo substância é preferido ao termo droga. Drogen remete à substância manufaturada e as SPAS podem ser de origem natural (como o ópio e a morfina), semissintéticas (heroína) ou sintéticas (metadona); e nem sempre são destinadas ao consumo humano, como os solventes voláteis (e. g., “cola de sapateiro”) [3].



**Verifique a sua compreensão antes de prosseguir seu estudo.**

Qual é o conceito de substância psicoativa? Por que, tecnicamente, ao invés do termo droga, prefere-se usar o termo substância?

Você precisa sentir que comprehende o conceito de SPA, pois ele é a base para a compreensão dos conceitos de dependência química e de ciclo da adição, apresentados a seguir.

De forma geral, **as drogas ou substâncias psicoativas correspondem àquelas substâncias capazes de levar a um uso arriscado<sup>2</sup>** (do inglês “hazardous use”), que corresponde a um padrão de uso de substância que leva ao aumento do risco de consequências prejudiciais para o usuário.

2. O termo Uso Arriscado é utilizado com frequência pela OMS, no entanto não é um termo diagnóstico da Classificação Internacional de Doenças em sua Décima Versão. Neste livro, o termo Uso Arriscado será utilizado para descrever o abuso/uso nocivo/uso prejudicial e a dependência de forma indistinta, quando estes diagnósticos não estiverem especificados.

Alguns limitam essas consequências à saúde física e mental (como no uso nocivo/prejudicial); outros incluem também as consequências sociais (como no abuso). Diferente do uso nocivo (que se refere a consequências individuais), o uso arriscado refere-se a padrões de uso que são significativos para a Saúde Pública, a despeito da ausência de qualquer transtorno prevalente no usuário individual [1].

Na prática clínica diária, é importante a identificação não só do padrão de uso da SPA, mas também das várias complicações a que os diversos padrões de uso estão associados: complicações biopsicossociais [4].

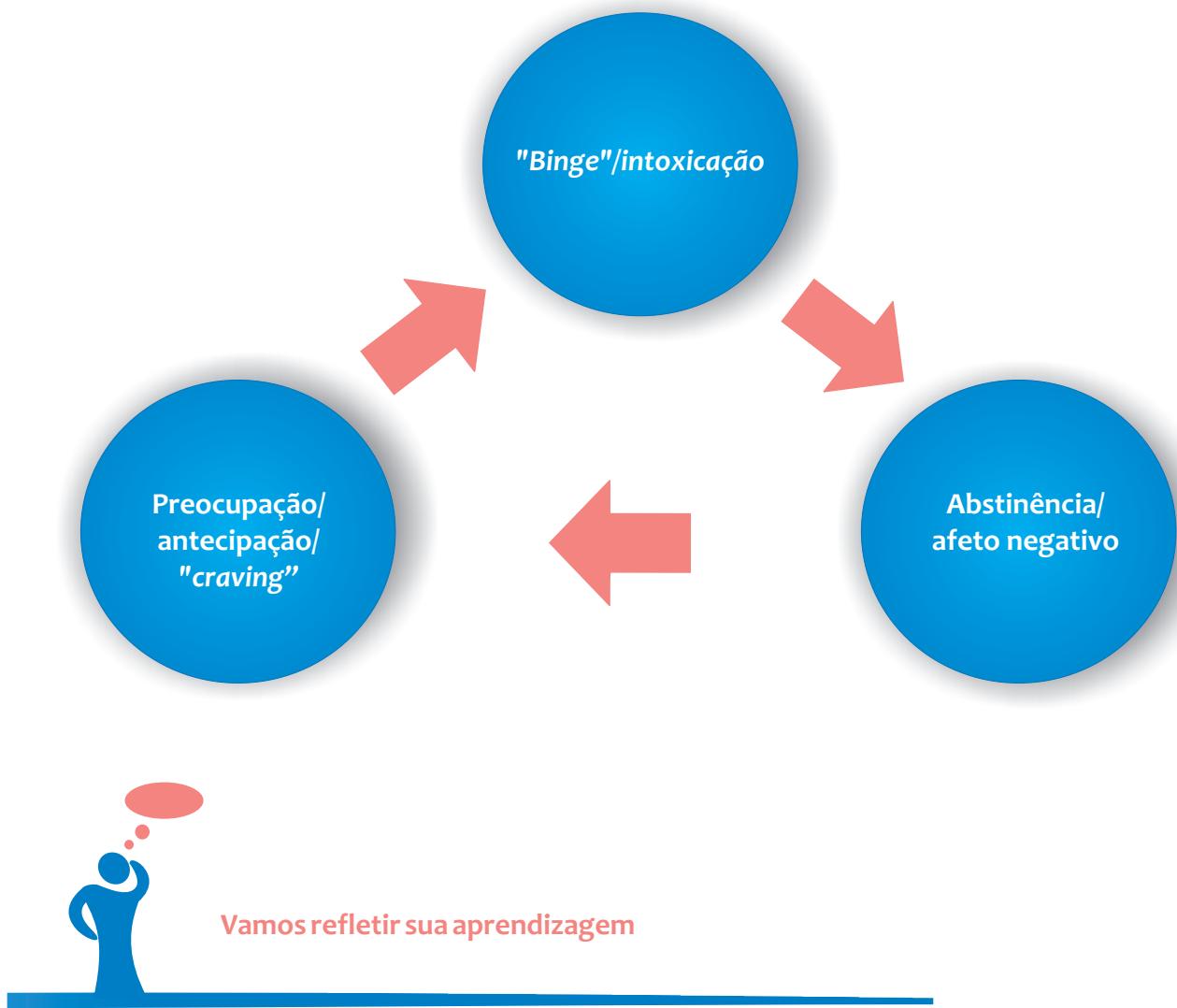
“Em 1964, a Organização Mundial de Saúde (OMS) conclui que o termo adicção não era científico e recomendou sua substituição pelo termo dependência de drogas” [3]. A dependência de drogas ou dependência química (DQ) vinha sendo abordada sob dois conceitos principais: comportamental e físico [3], ou seja, dependência psicológica e dependência física. Com a evolução dos estudos neurobiológicos e comportamentais acerca da DQ, fica cada vez mais tênue uma linha que supostamente separaria esses dois componentes: psíquico e físico.

Assim, atualmente, o termo adicção, que enfatiza os aspectos comportamentais desta entidade clínica, tem sido usado como sinônimo de DQ, já que muitas drogas levam a um comportamento de uso compulsivo sem que sintomas de tolerância ou de abstinência (sinais de dependência física) apresentem-se de forma muito intensa [5]. Este é o caso, por exemplo, da maconha.

A DQ ou Adicção é um transtorno cronicamente recorrente que pode ser caracterizado por (1) compulsão na procura e ingestão da droga, (2) perda do controle sobre o consumo, e (3) surgimento de um estado emocional negativo (e. g., disforia, ansiedade, irritabilidade) quando da redução ou interrupção do consumo da substância, que reflete um estado motivacional de abstinência [6, 7].

A adicção a drogas reflete-se, em especial, por dois comportamentos disfuncionais: impulsividade e compulsividade. Estes comportamentos compõem os três estágios do Ciclo da Adicção: (1) “binge” / intoxicação, (2) abstinência / afeto negativo e (3) preocupação / antecipação (“craving”). A impulsividade geralmente predomina nos estágios iniciais da doença e nos estágios mais avançados há uma combinação de impulsividade e compulsividade [7].

**Figura 1: O ciclo da adicção**



Este é o momento de você se certificar da sua compreensão e pensar no uso dos conceitos aprendidos na sua prática enquanto profissional dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e do Ministério Público:

Você sabe enumerar os três comportamentos que caracterizam a dependência química?

Em seu local de trabalho você já teve contato uma pessoa vivendo algum estágio do ciclo da adicção? Qual estágio do ciclo era mais evidente nessa pessoa? Quais eram os comportamentos dela que evidenciavam esse estágio?

A seguir você aprenderá a identificar os padrões de uso de SPAS.

## Seção 2: Seção 2: Padrões de Uso

A melhor forma de compreender os diversos padrões de uso de SPAS é num “continuum”, sendo o uso qualquer consumo de substância, independente do padrão ou do número de vezes de sua ocorrência [8]. Inclui o uso experimental (utilizar a substância, mesmo que apenas uma vez) e o uso recreativo (padrão de uso em que não se observam consequências prejudiciais nos aspectos biopsicossociais [e. g., consumo de álcool em quantidades moderadas e em ocasiões festivas - desde que não associado a comportamento antissocial ou à direção]). No entanto, o uso recreativo não necessariamente é isento de riscos, pois, por exemplo, um consumo moderado de bebidas alcoólicas pode ser prejudicial à saúde de um paciente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS – Pressão Alta) Grave ou Hipertrigliceridemia Familiar (aumento dos triglicerídeos [gorduras] no sangue) ou, ainda, de outro em uso de medicação incompatível com a associação ao álcool como os para ansiedade e para dormir<sup>3</sup>.

O abuso também é chamado de uso nocivo ou prejudicial e corresponde ao padrão de uso no qual o consumo da substância gera algum tipo de prejuízo (biológico, psicológico ou social) [8].

Já a DQ corresponde a um padrão de uso sem controle e com sérios prejuízos ao usuário [8].<sup>4</sup>

## Dependência Química



3. Os termos *experimental* e *recreativo* não são encontrados nos principais sistemas classificatórios (DSM-IV TR e CID 10), pois não representam entidades nosológicas; mas são termos descritivos classicamente utilizados em publicações técnicas.

4. Abuso, uso prejudicial e uso nocivo são sinônimos. O primeiro é utilizado no DSM-IV TR e os dois últimos, na CID 10 (como traduções do inglês “*harmful use*”). Deve-se evitar o termo uso *abusivo* de SPAS para descrever de forma genérica um uso excessivo, preferindo-se, neste caso, utilizar uma classificação que fale da frequência do uso: abstinent/raramente/ocasional (uso leve), frequente (uso moderado) ou muito frequente/diário (uso pesado).

**TABELA 1: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA ABUSO, USO NOCIVO/PREJUDICIAL**  
Adaptado de Sadock, 2007

DSM-IV TR (ABUSO)	CID 10 (USO NOCIVO/PREJUDICIAL)
<p>A. Padrão mal-adaptativo de uso de uma substância levando a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por um (ou mais) dos seguintes aspectos, ocorrendo dentro do período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso recorrente da SPA acarretando incapacidade de cumprir obrigações importantes no trabalho, na escola ou em casa;</li> <li>• Uso recorrente da SPA em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física;</li> <li>• Problemas legais recorrentes relacionados à substância;</li> <li>• Uso continuado da SPA, apesar de problemas sociais ou interpessoais persistentes ou recorrentes causados ou exacerbados por seus efeitos.</li> </ul> <p>B. Os sintomas jamais satisfazem os critérios para dependência de substância relacionados a esta classe de substância.</p>	<p>A. . Deve haver evidências claras de que o uso da substância foi responsável (ou contribuiu de forma substancial) pelo prejuízo físico ou psicológico, incluindo julgamento comprometido ou comportamento disfuncional, que pode elevar a incapacitações ou consequências adversas para relacionamentos interpessoais.</p> <p>B. A natureza do prejuízo deve ser claramente identificada (e especificada).</p> <p>C. O padrão de uso persiste há, pelo menos, um mês ou ocorreu repetidamente em 12 meses.</p> <p>D. O transtorno não satisfaz os critérios para qualquer outra doença mental ou do comportamento relacionada à mesma substância no mesmo período (exceto intoxicação aguda).</p>

**TABELA 2: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA DEPENDÊNCIA DE SPA'S**  
Adaptado de Sadock, 2007

DSM-IV TR	CID 10
<p>Padrão mal adaptativo de uso de SPA, levando a comprometimento ou sofrimento clinicamente significativos, manifestados por 3 ou mais dos seguintes critérios, ocorrendo em qualquer momento no mesmo período nos últimos 12 meses:</p> <p>Tolerância; Abstinência;</p> <p>A SPA costuma ser consumida por período mais longo ou em quantidades maiores que o pretendido; Existe desejo persistente ou esforços malsucedidos no sentido de reduzir ou controlar o consumo da SPA;</p>	<p>3 ou mais das seguintes manifestações devem ter ocorrido juntas por, pelo menos, 1 mês ou, se persistindo por períodos inferiores a este, devem ter ocorrido juntas várias vezes em 12 meses:</p> <p>Forte desejo ou compulsão em consumir a SPA;</p> <p>Dificuldade em controlar o padrão de consumo (início, término, quantidade) evidenciada por consumo em quantidades maiores ou por período mais longo do que o pretendido; ou por desejo persistente ou esforços malsucedidos para reduzir ou controlar o consumo;</p>

Muito tempo é gasto em atividades necessárias para obtenção, utilização ou recuperação dos efeitos da SPA;

Importantes atividades ocupacionais, sociais ou recreativas são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da SPA;

O uso da SPA continua, apesar da consciência de ter problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado por ela.

Especificar se:

**Com dependência fisiológica:** evidência de tolerância ou abstinência;

**Sem dependência fisiológica:** não existem evidências de tolerância ou abstinência.

Evidência de tolerância;

Estado de abstinência psicológica quando da redução ou interrupção do consumo, evidenciado pela síndrome de abstinência característica de cada substância, ou pelo uso da SPA para evitar ou aliviar os sintomas da abstinência;

Negligência progressiva de prazeres e interesses outros em favor do uso da SPA; ou grande quantidade de tempo gasto para obter, consumir ou se recuperar dos efeitos da SPA;

Persistência do uso na presença clara de consequências prejudiciais, evidenciada pela manutenção do consumo quando o indivíduo está ciente (ou espera-se que esteja) da natureza e da extensão do dano.

**TABELA 3: CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS PARA SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA**  
Adaptado de Sadock, 2007

**DSM - IV**

**A.** Desenvolvimento de síndrome substância-específica devido à cessação ou redução no uso prolongado ou excessivo da mesma.

**B.** A síndrome substância-específica causa desconforto clinicamente significativo ou prejuízo social, ocupacional, ou em outras áreas funcionais importantes.

**C.** Os sintomas não decorrem de condição médica geral ou por nenhuma outra desordem mental.

**CID - 10**

**1.** Deve haver evidência clara de cessação recente ou redução no uso da substância após uso repetido, e usualmente prolongado e/ou em altas doses da mesma.

**2.** Os sinais e sintomas são compatíveis com as características conhecidas para a abstinência da substância em questão.

**3.** Os sinais e sintomas não podem ser atribuídos a outra condição médica não relacionada ao uso da substância, e não se explica nenhum outro distúrbio mental ou comportamental.

Pode ser subdividida em Não-complicada ou Com convulsões.



Vamos a mais uma pausa para refletir

Vamos fazer uma pausa para relacionar aquilo que você aprendeu e pensar na sua prática como profissional dos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e do Ministério Público.

Quais as diferenças entre o abuso e a dependência?

Quais os critérios diagnósticos para Síndrome de Abstinência?

Você se sente seguro para identificar o padrão de uso de uma pessoa que faz uso arriscado de SPAS? Se não, reveja o texto.

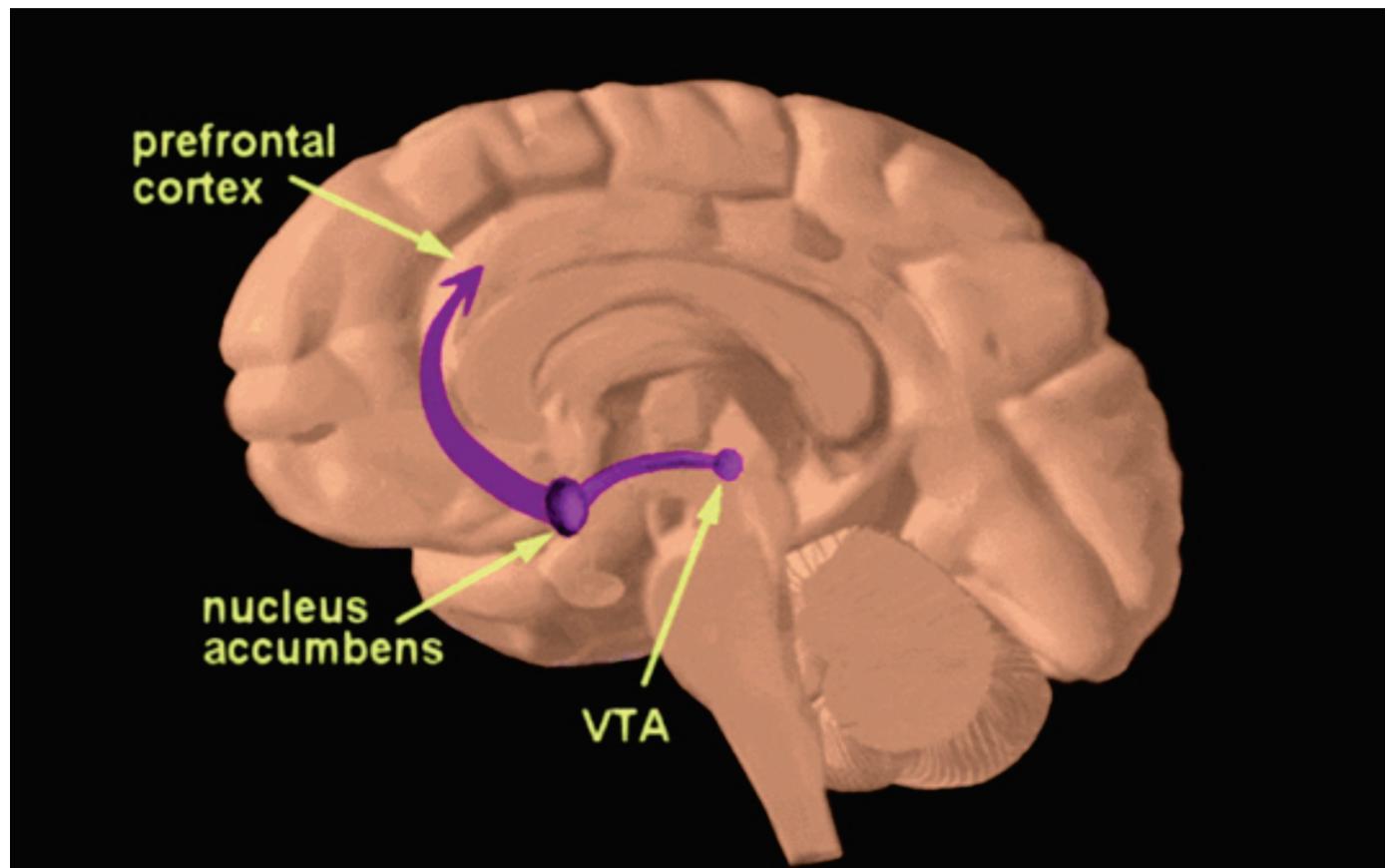
### Seção 3: Neurobiologia da Dependência Química

As diferentes SPAS agem de maneiras diferentes no cérebro para produzirem seus efeitos específicos como depressoras, estimulantes ou perturbadoras do **Sistema Nervoso Central (SNC)**. No entanto, todas as SPAS ativam o chamado Sistema de Recompensa Cerebral (SRC): um conjunto de circuitos formado por neurônios dopaminérgicos (que produzem e liberam o neurotransmissor dopamina) que se projetam da Área Tegmentar Ventral (ATV), no mesencéfalo (localizado no tronco cerebral), para estruturas prosencefálicas (mais anteriores no cérebro) como o Núcleo Accumbens (NAcc), e Cortex Pré-Frontal (CPF) [9]. Por causa de sua anatomia, este sistema também é chamado de Mesolímbico Dopaminérgico ou Mesocorticolímbico. É um sistema filogeneticamente antigo e sua ativação ocorre fisiologicamente por estímulos relacionados à preservação da espécie como alimentos, água e sexo [9]. Essas estruturas podem ser também ativadas de maneira não fisiológica (artificial) por administração de SPAS ou por estimulação elétrica (através da introdução de eletrodos nestas áreas), o que leva, por exemplo, modelos animais experimentais a reduzir/abolir os comportamentos vitais direcionados à preservação da vida [10].

Todas as SPAS, quando administradas **agudamente**, aumentam a concentração extracelular de dopamina (DA) em regiões límbicas (que são relacionadas ao

comportamento emocional) como o NAcc [11] e, com isso, aumentam a recompensa, levando à sensação de prazer [12]. Porém, durante a abstinência da SPA, há aumento desse limiar para a recompensa tornando a mesma mais difícil (dificuldade em sentir prazer com estímulos naturais como alimentação, ingestão de água, sexo) [6]. No entanto, à medida que a dependência se instala devida ao **uso crônico** das SPAS, o sujeito agora já dependente terá dificuldade em sentir a recompensa (prazer) com estímulos relacionados e não relacionados ao uso da droga. Isto ocorre devido ao fato de que as SPAS levam a uma liberação de DA maior (5 a 10 vezes maior) [13] que estímulos naturais [14, 15]), o que faz com que o cérebro reaja à presença destas SPAS com os mecanismos neuroadaptativos (descritos a seguir). Um exemplo de neuroadaptação que ocorre com o desenvolvimento da adição aos vários tipos de drogas é que, mantendo-se o uso continuado da SPA, haverá redução da quantidade de DA liberada e da densidade dos receptores D2 (receptores de dopamina) no NAcc, no CPF. Ou seja, com a exposição crônica às SPAS, o cérebro sofre neuroadaptações que levam a uma dificuldade em sentir o prazer, mesmo com as SPAS, o que leva a uma necessidade de consumo de quantidades maiores da SPA ou consumo por tempo mais prolongado. Com isto, estímulos naturais não ativam mais o SRC e as SPAS já não causam mais euforia (“high”), mas são utilizadas apenas para que o sujeito sinta-se “normal”, como evitação da disforia da abstinência [13].

**Fig. 2: O Sistema de Recompensa Cerebral (SRC): visão de corte sagital do cérebro**



**Fonte:** NIDA website <http://www.drugabuse.gov>

Deve ser destacado que não só a liberação da DA no NAcc é importante na predição da recompensa e da saliência (intensidade) do estímulo, mas também a velocidade desse aumento: quanto mais rápido ocorre, maior é a recompensa e, por sua vez, a saliência (relevância) do estímulo [13]. Um exemplo da aplicabilidade clínica deste fato está na influência das diversas vias de administração de cocaína (cheirada, fumada, injetada) no potencial adictivo de cada via: a cocaína fumada e a injetada, como atingem níveis plasmáticos mais altos de forma muito rápida, levam também a um aumento mais rápido da DA no NAcc. Com isso, possuem poder adictivo intrínseco mais intenso que a cocaína cheirada. Além disso, parece que o efeito reforçador agudo do Sistema Mesolímbico Dopaminérgico é mais crítico para os psicoestimulantes (cocaína, anfetaminas) do que para as demais SPAS [7]. Ilustrando a complexidade de todo o processo, há evidências de outros neurotransmissores, além da DA, codificando a recompensa no NAcc, como os peptídeos opioides, por exemplo [16]. Outros neurotransmissores como o ácido gama-amino-butírico (GABA), serotonina e até os endocanabinoides também estão envolvidos na sinalização da recompensa [6].

É importante salientar que as áreas cerebrais responsáveis pela recompensa não estão limitadas ao SRC, e que este também não é constituído apenas pela ATV, NAcc, striatum e CPF. Estas estruturas estão sendo destacadas por sua relevância e a fim de haver uma simplificação para facilitar a compreensão do conteúdo. Além disso, as diferentes estruturas também estão moduladas de forma diferente, dependendo do estágio do ciclo da adição em que um usuário se encontra. Assim, a ATV e o *striatum ventral* são críticos para a fase de “*binge*”/intoxicação [7]. A amígdala estendida (relacionada com a memória emocional) é para a fase de abstinência/afeto negativo [7]. Estruturas como o circuito que liga o Cortex Órbito-Frontal ao Estriado Dorsal, o CPF, a amígdala basolateral, o hipocampo e a ínsula estão relacionadas aos “*craving*” / fissura [7]. Já a perda do controle inibitório (capacidade de inibir um comportamento cujas consequências podem ser desfavoráveis) deve-se a alterações em estruturas frontais como o Giro Cingulado Anterior, CPF Dorsolateral e Cortex Frontal Inferior [7].



### Vamos refletir sua aprendizagem

Vamos verificar sua compreensão.

O que é e como funciona o Sistema de Recompensa Cerebral? Qual a importância do funcionamento adequado destas estruturas cerebrais para a preservação da espécie humana? Como ele é afetado pelo uso agudo e crônico das SPAS?

Pode ser preciso estudar novamente os parágrafos anteriores para uma melhor compreensão do funcionamento do Sistema de Recompensa Cerebral. Esta compreensão é fundamental na análise da dependência química, pois o processo que se inicia nele afeta todo o SNC, que precisará se adaptar à presença ou à ausência da SPA. Isto você aprenderá a seguir.

O uso continuado das SPA's leva a alterações no funcionamento e na estrutura do SNC que são chamadas de **neuroadaptações**. Essas alterações são a consequência da tentativa do organismo de manter sua homeostasia frente à exposição sistemática às SPA's [17]. Sintomas como tolerância – necessidade de quantidades cada vez maiores da substância para obtenção dos mesmos efeitos obtidos inicialmente ou redução dos efeitos, se mantida a quantidade ingerida – são o resultado de **neuroadaptações de prejuízo**, ou seja, mecanismos que dificultam a ação da substância sobre as células, reduzindo assim os seus efeitos [18]. Já a abstinência – presença de sintomas opostos aos efeitos agudos da substância – é o resultado de **neuroadaptações de oposição**, que se constituem em um “*mecanismo para derrotar os efeitos da presença da droga através da instituição de uma força oponente dentro da célula*”[18].

Recentes estudos de neuroimagem têm demonstrado que as neuroadaptações ocorrem em diversas estruturas do SNC, possivelmente iniciando-se pelo Sistema Mesolímbico Dopaminérgico, alterando o processamento normal da motivação, recompensa e controle inibitório em indivíduos adictos [19]. Assim, ATV, NAcc e CPF iniciam uma cascata de eventos neuroplásticos que irão culminar com o desenvolvimento do comportamento adictivo. As alterações descritas necessitam da exposição crônica às drogas para que se desenvolvam e não são observadas em todos os indivíduos adictos, o que mostra a interação entre fatores biológicos e ambientais necessária para o desenvolvimento da adicção [5].

O CPF corresponde a todo o Côrtez Frontal, excetuando-se o Côrtez Motor. Sua integridade é crítica para a adequada atividade das Funções Executivas (FE). FE's referem-se ao planejamento e execução de comportamentos direcionados a objetivos e requerem julgamento social, empatia e antecipação da consequência dos atos [20]. A disruptão na modulação pela DA leva à alterações do funcionamento de áreas específicas do CPF, o que pode ser visualizado por imagens de PET-SCAM. O Côrtez Órbito-Frontal (COF), por exemplo, em indivíduos dependentes, mostra-se hipofuncionante, com reduzido metabolismo de glicose. Pistas para drogas, durante a abstinência, levam a um aumento da DA e da predição para recompensa com aumento do metabolismo de glicose/funcionamento no COF: isto leva à fissura (“*craving*”) e ao desenvolvimento de comportamento compulsivo [13]. Já a redução do metabolismo do Giro Cingulado Anterior (GCA) leva à impulsividade por perda do controle inibitório [13]. Alterações do Côrtez Pré Frontal Dorsolateral (CPFDL) levam à disunções executivas, com dificuldade de planejamento e de previsão da consequência dos atos [13].



**Mais uma pausa para aperfeiçoar  
o que você aprendeu.**

Hora de refletir:

Quais são as neuroadaptações devidas ao uso continuado de SPAS? Dê um exemplo dessas neuroadaptações afetando o comportamento.

Sua compreensão da seção anterior é importante para entender os efeitos das drogas no SNC, que permitem uma classificação das diversas SPAS. É isto o que você verá a seguir.

## **Seção 4: Efeitos Físicos e Psíquicos das SPAS, segundo a classificação do efeito no SNC (Depressoras, Estimulantes e Perturbadoras)**

### **1-Depressores do SNC**

Essa categoria inclui uma grande variedade de substâncias, que diferem acentuadamente em suas propriedades físicas e químicas, mas que apresentam a característica comum de causar uma diminuição da atividade global ou de certos sistemas específicos do SNC. Como consequência dessa ação, há uma tendência de ocorrer uma diminuição da atividade motora, da reatividade à dor e da ansiedade, sendo comum um efeito euforizante inicial e, posteriormente, um aumento da sonolência [21, 22]. Estão incluídos aqui:

- Álcool
- Ópiáceos/opióides: morfina e codeína (naturais), heroína (semi-sintético), meperidina e metadona (sintéticos)
- Sedativos e hipnóticos (benzodiazepínicos e barbitúricos)
- Solventes orgânicos / inalantes

### **2-Estimulantes do SNC**

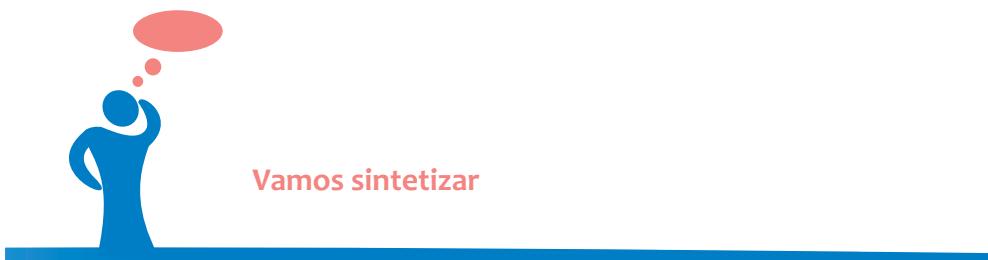
Estimulantes psicomotores que aumentam a atividade motora, diminuem a sensação de fadiga, causam excitação e euforia [23]. Estão incluídos nesta categoria:

- Anfetaminas
- Cocaína (cloridrato de cocaína [cocaína em pó], crack)
- Nicotina
- Xantinas (cafeína, teobromina [contida no chocolate])

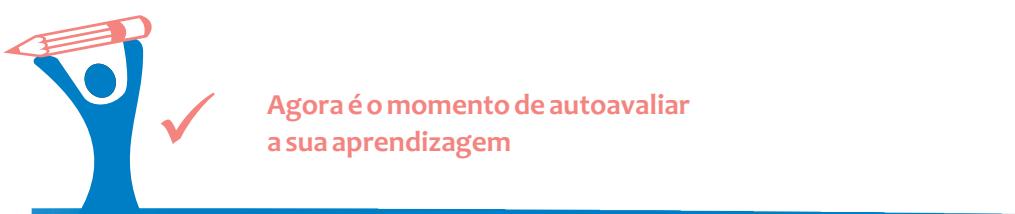
### 3- Perturbadores do SNC (alucinógenos)

São denominadas perturbadoras as plantas e as substâncias que, quando ingeridas, produzem uma série de distorções qualitativas no funcionamento do cérebro, como delírios, alucinações e alterações na capacidade de discriminar medidas de tempo e espaço [21]. São várias as classes de alucinógenos:

- Indólicos: “família do LSD” (LSD, Psilocibina [cogumelos], DMT [Ayahuasca-Santo Daime]).
- Fenetilaminas: “família da mescalina” (mescalina, MDMA [ecstasy], GHB [ecstasy líquido]).
- Anticolinérgicos: “família dos atropínicos” (lírio ou saia-branca, triexafenidil [Artane®], biperideno [Akineton®], diciclamida [Bentyl®]).
- PCP (fenilciclina) e Ketamina (anestésicos dissociativos).
- Canabinóides (maconha, haxixe).



De acordo com a classificação das SPAS pelo seu efeito no SNC, você sabe em qual categoria incluir as SPAS mais relevantes à Saúde Pública: álcool, tabaco, cocaína/crack e maconha?



1. Você é capaz de enunciar o conceito de SPA?
2. Você sabe o que é o Sistema de Recompensa Cerebral? Sabe quais são as duas categorias de neuroadaptações decorrentes do uso continuado de SPAS?

3. Você está seguro(a) em relação ao conhecimento genérico sobre as SPAS de uso mais relevante à Saúde Pública (álcool, tabaco, cocaína/crack e maconha)?
4. Considerando o objetivo deste capítulo, de apresentar conceitos para a sua compreensão, como você avalia o seu domínio dos mesmos?

## APÊNDICE

São padronadamente utilizados dois instrumentos diagnósticos para os transtornos decorrentes do uso de substâncias: a **CID 10** [24] e o **DSM-IV TR** [25].

A sigla **CID** significa “**C**lassificação **I**nternacional de **D**oenças” e está em sua décima versão. Esta classificação é elaborada pela **OMS** e contempla todas as doenças. Também é a classificação utilizada pelos profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS) para alimentação dos bancos de dados, por exemplo, o do SIA-SUS.

Já o **DSM-IV TR** (**D**iagnostical and **S**tatistical **M**anual of **M**ental **D**isorders) abrange apenas os transtornos mentais e é elaborado pela **Associação Psiquiátrica Americana (APA)**. TR refere-se a texto revisado. É muito utilizado em ambientes de pesquisa por possuir itens mais detalhados [26]. Em maio de 2013, a APA lançou a versão mais atual de seu Manual, o **DSM 5**. Nele, os transtornos de uso de substâncias são descritos no capítulo de **Transtornos Adictivos** seguindo a tendência atual já utilizada neste livro. Neste capítulo também está incluído o Jogo Compulsivo, pelo entendimento de que o desenvolvimento deste comportamento patológico envolve neuroadaptações em áreas afins àquelas alteradas na DQ.

O quinto capítulo da CID 10 refere-se aos “**Transtornos Mentais e do Comportamento**” e inclui os transtornos provocados pelo uso das SPAS. Os diagnósticos relacionados aos usos de SPAS iniciam-se pela **letra F**, seguida por 2 números que vão de **10 a 19**.

### “Transtornos Mentais e Comportamentais Devidos ao Uso de Substância Psicoativa”:

- F10. - : Álcool
- F11. - : Opióides
- F12. - : Canabinóides
- F13. - : Sedativos e hipnóticos
- F14. - : Cocaína
- F15. - : Outros estimulantes incluindo cafeína
- F16. - : Alucinógenos

- F17. - : Tabaco
- F18. - : Solventes voláteis
- F19. - : Múltiplas drogas

Um **terceiro dígito** deve ser acrescentado ao código para especificar o tipo de transtorno:

- 0: Intoxicação Aguda
- 1: Uso Nocivo/Prejudicial
- 2: Síndrome de Dependência
- 3: Síndrome de Abstinência
- 4: Síndrome de Abstinência com Delirium
- 5: Transtorno Psicótico
- 6: Síndrome Amnéstica
- 7: Transtorno Psicótico Residual ou de Instalação Tardia
- 8: Outros Transtornos Mentais ou Comportamentais
- 9: Transtorno Mental ou Comportamental Não-Especificado

Nem a CID 10, nem o DSM-IV TR diferenciam as SPA's legais das ilegais.

Os critérios que definem **Abuso** [25] são semelhantes aos que definem **Uso Nocivo/Prejudicial** [24]. No entanto, note que o DSM IV-TR enfatiza mais as consequências sociais do uso da SPA enquanto a CID 10 destaca critérios relacionados a danos físicos e psíquicos.

O DSM-IV TR, no entanto, não inclui o diagnóstico de dependência para os solventes voláteis, que é incluído na CID 10 [24, 25].

O DSM-IV TR não descreve síndrome de abstinência para: cafeína, maconha, alucinógenos, inalantes e PCP. Já a CID 10 descreve uma **síndrome de abstinência** para maconha (ainda que destaque ser mal definida). Para a cafeína, descreve a sua abstinência em conjunto com outros estimulantes. Refere não existir informação suficiente sobre a abstinência dos inalantes e que não há estado de abstinência reconhecido para os alucinógenos [24, 25].



## Referências

1. SITE ÁLCOOL E DROGAS SEM DISTORÇÃO ([www.einstein.br/alcooledrogas](http://www.einstein.br/alcooledrogas)) / NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. Acesso em 16/01/2013 às 23:10.
2. WHORLD HEALTH ORGANIZATION.[http://www.who.int/substance\\_abuse/en/](http://www.who.int/substance_abuse/en/): Terminology & Classification – WHO lexicon of alcohol and drug terms. Acesso em 15 de janeiro de 2013 às 23:15 h.
3. SADOCK BJ. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 9 ed. Porto Alegre: Artmed, 2007:412-426.
4. DEPARTMENT OF HEALTH (UK). Drug misuse and dependence- guidelines on clinical management. London: DH; 1999.
5. VOLKOW ND, LI TK. Drug addiction: the neurobiology of behaviour gone awry. *Nature Reviews: Neuroscience*. 2004; 5: 963-970.
6. KOOB GF. Neurobiology of addiction. *Addiction*. 2006; 101(Suppl. 1), 23-30.
7. KOOB GF, VOLKOW ND. Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology Reviews*. 2010; 35, 217-238.
8. FIGLIE NB, BORDIN S, LARANJEIRA R. Aconselhamento em Dependência Química. São Paulo: Roca, 2004:5.
9. KANDEL ER, SCHWARTZ JH, JESSEL TM. Principles of neural science. Motivational and addictive states. 4 ed. 1991:51, 1007-1010.
10. OLDS J, MILNER P. Positive reinforcement produced by electrical stimulation of septal area and other regions of rat brain. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*. 1954 Dec; 47(6):419-27.
11. KOOB GF, BLOOM FE. Cellular and molecular mechanisms of drug dependence. *Science*. 1998; 242: 715-723.
12. KORNETSKY C, ESPOSITO, RU. Euphorigenic drugs: Effects on the reward pathways of the brain. *Federation Proceedings*, 1979;38:2473-2476.
13. VOLKOW ND, FOWLER JS, WANG GJ, SWANSON JM, TELANG F. Dopamine in drug abuse and addiction: results of imaging studies and treatment implications. *ArchNeurol*. 2007;64(11):1575-79.
14. DI CHIARA G. Nucleus Accumbens shell and core dopamine: differential role in behavior and addiction. *Behav. Brain. Res.* 2002; 137: 75-114.
15. WISE RA. Brain reward circuitry: insights from unsensed incentives. *Neuron*. 2002; 36: 229-240.
16. NESTLER EJ. Is there a common molecular pathway for addiction? *Nat neurosc*. 2005; 8:1445-49.d

17. ARAÚJO MR, LARANJEIRA R, DUNN J. Cocaína: bases biológicas da administração, abstinência e tratamento. *J Bras Psiquiatr* 1998;47(10):497-511.
18. LITTLETON JM, HARPER JC. Tolerância e dependência celular. In: Edwards G, Lader. A natureza da dependência de drogas. Porto alegre: Artmed; 1994.
19. VOLKOW ND; FOWLER JS; WANG GJ. The addicted human brain: insights from imaging studies. *J. Clin. Invest.* 2003; 111: 1444-1451.
20. MOORHOUSE P, GORMAN M, ROCKWOOD K. Comparison of EXIT-25 and the Frontal Assessment Battery for evaluation of Executive Dysfunction in patients Attending a Memory Clinic. *Dement Geriatr Disord.* 2009; 27: 424-28.
21. SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 2 – Efeitos de substâncias psicoativas no organismo. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.
22. PREVENÇÃO AO USO INDEVIDO DE DROGAS: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.
23. OLIVEIRA DR. Aula de Farmacologia. Universidade Uni'Santana. Disponível em <http://igor.triunfus.com.br/santanna/farma/aula09/aula09.pdf>. Acesso em 06/03/2012.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 Classification of Mental and behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. Copyright, World Health Organization, Geneva, 1993.
25. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Text rev. Washington DC: American Psychiatric Association, copyright 2000.
26. SUPERA – Sistema para Detecção do Uso Abusivo e Dependência de Substâncias Psicoativas: Encaminhamento, Intervenção breve, Reinserção Social e Acompanhamento: Módulo 3 – Detecção do uso abusivo e diagnóstico da dependência de substâncias psicoativas. Brasília: Secretaria Nacional Antidrogas, 2006.



# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

## Capítulo 4

### TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Andréa Campos Romanholi



# TÓPICOS BÁSICOS DA INTERVENÇÃO NA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Andréa Campos Romanholi

Egressa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia PPGP/UFES

Caro(a) leitor(a),

Quando o sentido da palavra intervenção é refletido no uso arriscado de drogas, o problema do qual nos aproximamos parece tão desafiador ao ponto de muitos perderam a esperança de que é possível se contrapor a ele. Mas é possível!

São muitos os aspectos a serem abordados em cada uma das três faces da intervenção na dependência química: 1) prevenção, 2) tratamento do uso arriscado de drogas e 3) reabilitação psicossocial de usuários e famílias. Há protocolos disponíveis que podem se inserir em programas nos Sistemas em que você atua: no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e nos do Ministério Público

Você pode até já ter perguntado a si mesmo: qual modelo de intervenção adotar no tratamento? Como fazer o acolhimento do usuário que busca o tratamento? Uma vez em tratamento, quais abordagens terapêuticas adotar? Por que e como envolver a família? Com quais outros serviços e profissionais contar num trabalho articulado e integrado?

Este capítulo prioriza aspectos gerais do tratamento e da reabilitação, respondendo estas perguntas como parte dos tópicos básicos da intervenção na dependência química. Ao final do seu estudo, você vai conhecer os modelos de intervenção e suas justificativas (seção 1), as ações e os objetivos do acolhimento nos serviços (seção 2), as abordagens terapêuticas da atenção integral às pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas (seções 3 e 4) e, por fim, as redes de apoio para a sua reinserção social (seção 5).

Espero que a leitura possa animá-lo para o estudo de intervenções específicas descritas em outros capítulos do volume 3 desta coleção didática, de execução exclusiva de uma profissão (e.g., farmacoterapia, por médicos) ou de várias (e.g., intervenção motivacional).

**Bom estudo.**

1. Psicóloga, Mestre em Psicologia pela UFES (PPGP), Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial pela FAESA, Psicóloga da PMV, Professora da Faculdade Salesiana.

## Seção 1- Modelos de Intervenção em Dependência Química (dos modelos antigos aos modelos contemporâneos)

A problemática atual que o uso arriscado de drogas apresenta para nossa sociedade nos coloca frente ao desafio de encontrar formas de intervenções que sejam efetivas, eficazes e eficientes em todas as faces desta problemática. Frente à magnitude desta questão que nos afeta como profissionais em diferentes Sistemas (Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública) e do Ministério Público, é importante não perder de vista o fato de que, apesar do uso arriscado de drogas ser atualmente considerado um transtorno que consta nos manuais de classificação de doenças, a concepção desse uso como um problema nem sempre esteve presente na humanidade.

Tal como apontado no Relatório Mundial sobre Drogas, de 2012, elaborado pelo Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime [1], é importante lembrar que:

O uso de substâncias psicoativas não é um fenômeno novo. Estas substâncias têm sido consumidas em todas as épocas e de formas diversas. No entanto, parece que nos últimos 50 anos, o problema contemporâneo das drogas, caracterizado por uma concentração de uso de drogas ilícitas entre os jovens, sobretudo do sexo masculino e em centros urbanos, e da disponibilidade de um número crescente de substâncias psicoativas, tem ganhado um aspecto particular [1:85, Tradução livre da versão em espanhol].

Ilustrando este argumento, Valença [2] demonstra como várias drogas hoje classificadas como ilícitas eram produzidas, indicadas e vendidas regularmente nos Estados Unidos durante a segunda metade do século XIX; e reafirma: "O abuso de drogas passa a ser configurado como descontrole social apenas nas culturas Modernas." [2: 35].

As mudanças na relação que a cultura estabelece com as drogas e seu uso também se refletem nas concepções relacionadas ao entendimento das "causas" do seu uso arriscado que, consequentemente, acaba por afetar também as concepções sobre as formas de tratamento ou intervenção propostas para mudar esse uso. Considerando as diferentes abordagens de intervenção em dependência química que se desenvolveram ao longo do tempo, Cordeiro [3: 26-29] distingue sete modelos relativos ao entendimento da dependência química e das formas de intervenção:

- **"modelo moral"**, que teria sido o primeiro a se estabelecer, no qual se entende o uso arriscado de substâncias psicoativas como problema resultante de uma escolha pessoal, de uma falha de caráter, que envolve o desrespeito às normas; assim, situa o usuário como transgressor e único responsável pelo problema. Aqui, nesta concepção (que o autor aponta se encontrar em desuso), além da responsabilização exclusiva pelo uso, o usuário é criticado por não ter "força de vontade" suficiente para abandonar o uso, passando a ser vítima de discriminação social;

- “**modelo da temperança ou sobriedade**”, que teria se desenvolvido no final do século XIX após o uso do álcool ter começado a causar preocupação coletiva e quando já se consideravam patológicos os quadros de embriaguez. Este modelo surgiu nos Estados Unidos e nele se entendia a dependência do álcool como um hábito que se devia desaprender. O objetivo do tratamento, a partir desse modelo, seria encontrar um equilíbrio na forma do sujeito consumir o álcool, alcançando uma utilização cautelosa e moderada da substância. “Deveria haver uma fronteira entre o consumo adequado e o patológico, e as pessoas que tivessem ultrapassado esse limite deveriam retornar ao consumo sem prejuízo. A Lei Seca, ocorrida entre 1919 e 1932, foi o auge desse movimento, proibindo a fabricação e o consumo de bebidas alcoólicas.” [3:27];

- “**modelo da degenerescência neurológica**”, que teria se desenvolvido em paralelo ao anterior, a partir da publicação, na Suécia, de um trabalho científico que utilizou pela primeira vez o termo *alcoolismo*, entendendo este quadro como uma patologia semelhante a outras doenças da época e que poderia ser tratada como tais doenças, utilizando-se métodos como banhos de vapor, tópicos, uso de sanguessugas, etc;

- “**modelo espiritual**”, que teria surgido em 1935, a partir da criação dos Alcoólicos Anônimos. Nesse modelo, o alcoolismo é entendido “como uma condição que o indivíduo é incapaz de superar por si só. A esperança de mudança consiste em entregar a vida a uma força superior e, a partir daí, segui-la rumo à recuperação. Praticar o Programa de 12 Passos é fundamental para a recuperação.” [3:27];

- “**modelo psicológico**” que, a partir das diferentes teorias da psicologia explica este fenômeno de maneiras diversas, sempre ligadas à forma como explicam e entendem o desenvolvimento e os processos de aprendizagem do sujeito;

- “**modelo biológico**”, que relaciona a etiologia da dependência com fatores da fisiologia e da genética, tratando-a como um fenômeno primário e independente de outras condições. A herança genética e a constituição biológica seriam as características que determinariam o surgimento da dependência;

- “**modelo biopsicossocial**”, que considera que a dependência química está relacionada com uma multifatoriedade de causas, o que levaria à necessidade de se considerar a associação de diferentes teorias para se entender este fenômeno, do qual a substância passa a ser considerada apenas um dos seus fatores determinantes, numa tríade que contém, ainda, o indivíduo e a sociedade;

A partir desta importante descrição feita por Cordeiro [3], vemos que as concepções relacionadas à dependência de drogas e às formas de intervenção variam bastante, dependendo dos fundamentos ou princípios deste entendimento.

Esta característica é discutida por Schneider [4: 688], que aponta que

Qualquer atividade profissional ou organização de serviços tem necessariamente como substrato uma rationalidade teórico-metodológica que norteia sua atuação. [...] Tais concepções estabelecem, tanto para os profissionais de saúde, quanto para os usuários, o entendimento sobre o sofrimento, bem como sobre o campo de possibilidades de intervenção na situação de saúde/doença.

Em artigo no qual analisa as implicações dos modelos de atenção à dependência química nos serviços e práticas, Schneider [5] se baseia na descrição de Rezende para afirmar que existem quatro modelos de concepção, ou modelos de análise da dependência de drogas, que se desdobram em intervenções diferenciadas: os modelos jurídico-moral, biomédico, psicossocial e sociocultural.

Com relação ao modelo jurídico-moral, a autora apresenta uma descrição similar à apresentada acima por Cordeiro [3], lembrando que neste, a droga é descrita como o grande mal ao qual o usuário sucumbiu por razão de sua fraqueza moral. Lembra, ainda, que tal modelo alimenta as propostas mais repressivas e voltadas à busca da completa abstinência e de um mundo sem drogas.

Com relação ao modelo biomédico, a autora aponta que este busca uma ruptura com o modelo moral e o caracteriza de modo próximo ao que faz Cordeiro [3]: nele a dependência é entendida como uma doença crônica, recorrente, de fundo orgânico e cujos determinantes se situam na hereditariedade e/ou em disfunções neuroquímicas. A droga, aqui, se mantém como entidade causadora da “doença”, sendo o sujeito vítima desta. O tratamento aí tem como meta a abstinência.

Para esta autora [5], a chamada concepção ou modelo biopsicossocial é uma forma de atualização do modelo biomédico a partir da incorporação da contribuição de pautas das Ciências Sociais e da Psicologia, o que permitiria uma ampliação da visão reducionista inicial e a adoção de uma concepção de multideterminação do fenômeno da dependência. Contudo, apesar da incorporação de discursos sociais e psicológicos, não se aborda o tema dentro de uma visão complexa, mas apenas se faz uma junção de leituras de cada área. Assim, para a autora, “na prática, essa concepção manteve a ênfase organicista e determinista da incurabilidade da dependência.” [4: 173].

Schneider [5] apresenta também o modelo psicossocial, que se assemelha ao que Cordeiro denomina “modelo psicológico”, pois neste a dependência é entendida como manifestação de perturbações psicológicas. A autora destaca que neste modelo psicossocial considera-se o sujeito, o meio e a droga, sendo que o sujeito usuário tem um papel ativo, no sentido em que busca a droga justamente por ela ter alguma função importante em sua história. Assim, a intervenção deve visar à relação do sujeito com a droga e com outros elementos do contexto ambiental, utilizando técnicas de enfoque psicodinâmico ou comportamental para modificar seu padrão de uso com vistas à abstinência.

A novidade apresentada por Schneider [4: 173], com relação à leitura de Cordeiro [3], se refere ao chamado modelo sociocultural, que se relaciona com a proposta da Estratégia da Redução de Danos:

Neste utiliza-se a noção de drogadição entendida como fruto das contradições sociais, econômicas e ambientais e sua intervenção é dirigida ao contexto social do usuário de droga. A ênfase dessa concepção é modificar o padrão de uso da substância, intervindo nos determinantes sociais que levam ao uso [arriscado], visando o controle dos danos gerados pelo abuso [ou dependência] das substâncias, mas não necessariamente sua abstinência total. Tem uma ênfase na ação preventiva e de promoção à saúde. [...]

Desse modo, ao invés de propor a abstinência 'a priori' como meta terapêutica, seja pela intervenção clínica ou pela utilização de mecanismos repressivos de controle, o modelo sociocultural atenta-se para reduzir os prejuízos decorrentes da utilização de drogas, sendo que a abstinência necessária em alguns casos, mas não *a priori* para todos. [4:1743].

A autora ressalta que nos serviços é comum haver certo “hibridismo de modelos”, presente tanto em propostas adotadas por um único profissional da instituição quanto por toda a instituição, o que pode resultar na falta de coerência do projeto e/ou em dificuldades e contradições nos objetivos, critérios e protocolos das intervenções oferecidas.



**Agora é o momento de você rever o que aprendeu, refletindo e usando os conceitos vistos até este momento.**

Você aprendeu que as possibilidades de intervenção na dependência química estão diretamente relacionadas ao modelo que as orienta. Considerando suas concepções, como você se situa diante dos modelos discutidos nesta seção?

Construa um quadro-comparativo dos sete modelos de intervenção terapêuticas definidos por Cordeiro (2012), acrescentando os quatro apresentados por Rezende, e citados por Schneider (2011).

Você conhece alguma instituição ou serviço de intervenção na dependência química? Você consegue identificar o(s) modelo(s) sobre o(s) qual(is) essa instituição ou serviço opera? Quais são os aspectos da intervenção que justificam sua opinião?

**A exposição dos modelos de intervenção em dependência química tem como objetivo maior ressaltar que as intervenções propostas nos serviços têm sempre um substrato teórico e epistemológico que as orienta, sendo importante que as equipes discutam e esclareçam com qual substrato estão trabalhando; e como este se presentifica nos recursos oferecidos para os projetos terapêuticos de cada usuário.**

Mesmo com a existência de diferentes concepções, atualmente é consenso que os problemas ligados ao uso arriscado de drogas são problemas complexos e multifacetados, requerendo o conhecimento e a interrelação de muitas disciplinas, além de uma análise do contexto em que esses problemas se manifestam e das tendências em desenvolvimento [6, 7, 1]. Este consenso se conjuga com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), bem como com os valores constitucionais do Brasil e com os tratados internacionais de direitos humanos dos quais o país é signatário, e, portanto, devem servir de guias para os serviços aprimorarem seus projetos institucionais de intervenção.



### Momento de aplicar o que você aprendeu..

Pense na concepção sobre a dependência química mais presente na comunidade onde se situa o seu serviço (ou no público-alvo do seu serviço ou mesmo nos seus colegas de serviço no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e nos do Ministério Público; ou mesmo nos seus colegas de serviço nesses Sistemas). Essa concepção se aproxima de qual(is) dos modelo(s) de intervenção que você estudou? O que você acha que pode estar contribuindo para manter essa concepção?

A seguir você estudará uma condição sem a qual qualquer intervenção em dependência química ficará comprometida: o acolhimento.

## Seção 2 - Acolhimento ao usuário de drogas na rede de assistência

As discussões teóricas acerca da noção de acolhimento tiveram seu início no Brasil a partir do movimento da reforma psiquiátrica, principalmente quando se iniciaram as práticas e serviços de atenção pautados no novo paradigma denominado de Atenção Psicossocial [8]. Nesse sentido, a noção de acolhimento se relaciona, necessariamente, a outras noções específicas como as de vínculo, responsabilização, território, escuta qualificada e rede de atenção, bem como a alguns dos princípios do SUS, como o de universalidade de acesso às ações e serviços de saúde, o de integralidade e equidade da assistência e o de preservação da autonomia dos usuários [9]. Assim,

O acolhimento, enquanto agir, pode atravessar os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Este é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento. O acolhimento pode ser expresso num olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entonada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala de espera que estejam para além da recepção, num gesto que demonstre que o espaço do serviço constitui-se verdadeiramente numa referência constante para o sujeito. [8: 94].

O serviço que adota esta concepção de acolhimento assume um papel ativo de lidar com a demanda do sujeito em toda sua dimensão social, uma vez que se propõe a trabalhar, não apenas com a eliminação do que se considera patológico, mas sim, junto com o sujeito, na retomada de sua vida. Para tanto, é essencial que se estabeleça uma forte vinculação do usuário com o serviço e com a equipe, o que só ocorrerá caso se estabeleça uma relação de mútua confiança [8].

Lobosque [9], também articulando a noção de acolhimento dentro do campo da atenção psicossocial, aponta que esta noção se relaciona, ainda, a uma importante característica que deve se fazer presente nos serviços de atenção, especificamente nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a saber, seu funcionamento na lógica de "portas abertas". Para a autora, esta lógica significa que os serviços não devem recuar frente à gravidade das situações que se apresentam, acolhendo os sujeitos que buscam ajuda mesmo nos momentos mais críticos de seu quadro "sem buscar pretextos para a recusa nem impor condições à hospitalidade" [9: 56]. Importa ressaltar que esta atitude não significa que qualquer condição de demanda possa ser atendida em qualquer serviço, mas sim que qualquer serviço deve se fazer acolhedor ao ponto de os sujeitos que necessitam de ajuda se sentirem confiantes de que podem se dirigir a tais serviços na busca pelo cuidado. A partir desta busca, cabe ao serviço ter organização e qualidade suficientes para responder de modo adequado à situação, avaliando a possibilidade de cuidado ali mesmo, ou se responsabilizando pela busca da oferta desse cuidado no espaço mais adequado e fazendo o encaminhamento necessário.

Importante destacar que estes aspectos relacionados ao acolhimento atendem também aos "Princípios para o tratamento da dependência de drogas", apresentados pelo Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes [6], que apontam a importância da ampla acessibilidade aos serviços, minimizando-se todas as barreiras que limitem o acesso e oferecendo-se ações diversificadas e voltadas às diferentes necessidades apresentadas pelos sujeitos.

Por fim, lembramos que a noção e a importância do acolhimento foram levadas para a saúde coletiva e hoje são trabalhadas como pilares para a humanização do cuidado no SUS:

O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética, não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias e invenções. Desse modo é que o diferenciamos de triagem, pois ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. [10: 9].

Apesar de não se restringir a um local ou um procedimento, e de não se confundir com a prática de triagem, o acolhimento inicial dos sujeitos nos serviços também deve cumprir uma importante função, que é a avaliação e classificação de risco: “A Classificação de Risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento” [10: 20]. Isso significa que todo sujeito que busca um serviço de saúde deve ser avaliado nas suas necessidades e situação clínica, organizando-se o atendimento em função desta avaliação e não por critérios burocráticos como ordem de chegada ou filas de espera. “Desta maneira exerce-se uma análise (Avaliação) e uma ordenação (Classificação) da necessidade, distanciando-se do conceito tradicional de triagem e suas práticas de exclusão, já que todos serão atendidos”.

No caso da atenção a usuários de drogas, as práticas de acolhimento são fundamentais por várias razões, entre elas: a histórica exclusão a que os mesmos são submetidos, a importância de se criar condições que facilitem a adesão deles ao tratamento e as possibilidades de haver situações clínicas graves relacionadas direta ou indiretamente ao uso da droga.



**Vamos a mais uma pausa para revisão de sua aprendizagem, aplicando os conceitos aprendidos.**

Pela lógica das “portas abertas”, como está o seu serviço nos Sistema de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública (incluindo os serviços do Ministério Público) em termos da suficiência da organização e da qualidade para o acolhimento de pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de crack e outras drogas?

Agora que você avaliou o acolhimento das pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas pelo seu serviço, está na hora de pensar no seu serviço em termos do que ele está oferecendo como tratamento ou do como seu serviço concebe o tratamento nos serviços que devem oferecê-lo. A seção seguinte ensinará a você os elementos para a oferta do tratamento (caso você atue no Sistema de Saúde), ou para a análise desse tratamento (caso você atue nos Sistemas de Assistência Social, de Justiça e de Segurança Pública ou no Ministério Público), na lógica da atenção integral.

### Seção 3 - Abordagens terapêuticas da atenção integral ao usuário de drogas

A complexidade das questões ligadas ao uso arriscado de drogas nos coloca frente a muitos desafios para seu enfrentamento. Visando à atenção integral ao usuário de drogas, é necessário que a rede de atenção ofereça modalidades diversificadas de recursos e serviços terapêuticos, de modo a permitir a construção de respostas diferenciadas para as várias demandas que se apresentam nessa área, sem perder de vista as diretrizes da Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas [11].

Na oferta de recursos e serviços, deve-se considerar que o uso de drogas acontece de diferentes maneiras, por diferentes razões, em diferentes contextos e circunstâncias. A heterogeneidade de formas de administração de drogas e de padrões de uso de drogas, bem como de pessoas que consomem drogas, cria a necessidade de desenvolvemos diferentes formas de atenção e de aproximação aos usuários.

Nesse sentido, os recursos e serviços terapêuticos que visam à atenção integral ao usuário de drogas devem incluir um conjunto amplo de possibilidades e formas de cuidado. Todos os serviços “devem acolher, sem julgamento, o que em cada situação, com cada usuário, é possível, o que é necessário, o que está sendo demandado, o que pode ser ofertado, o que deve ser feito, sempre estimulando a sua participação e o seu engajamento” [11: 10]. Esta postura não exclui a responsabilidade ética e clínica de se realizar uma boa avaliação do caso, reconhecendo aqueles em que se manifestam riscos efetivos à vida, e que, por esta razão, podem levar à tomada de medidas imediatas.

Na atenção ao uso arriscado de drogas precisamos considerar, ainda, que nem todos os usuários se dispõem a iniciar um tratamento voltado à abstinência. Muitos querem se cuidar, mas não se dispõem, ao menos inicialmente, a deixar o uso da droga. Diferente de serviços privados, que podem estabelecer critérios rígidos de inclusão de modo a não ter que lidar com casos mais complicados, na rede pública tem-se o dever constitucional de acolher e cuidar de todos. Assim, ainda que algum serviço tenha como critério a abstinência e que todos devam manter a norma do não uso em seu interior, no conjunto da rede não podemos considerar a abstinência como o único ou o primeiro objetivo a ser alcançado com todos; o que não significa que não se deve considerar este objetivo no processo de cuidado de alguns. Temos que iniciar o trabalho considerando, principalmente, a minimização dos prejuízos causados pela droga, visando à promoção da saúde, à defesa da vida com a melhor qualidade possível. Esta atitude é não só uma diretriz política, mas, principalmente, um direito garantido pela Constituição Federal do Brasil [12]:

Artigo 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Artigo 196 - A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Devemos considerar, de modo realista, o que é possível implementar frente às necessidades de ajuda de cada pessoa. Apenas reconhecendo e respeitando cada usuário em sua singularidade é que poderemos traçar estratégias que nos permitirão criar vínculos de confiança, uma vez que é apenas a partir da existência desses vínculos que os usuários começarão a aceitar o que é proposto como tratamento. Ao longo do tratamento, com o melhor cuidado de seu corpo, da sua saúde e de sua vida, aumentam as possibilidades de que muitos passem a pensar no abandono do uso de drogas como um objetivo pessoal. Esta condução é coerente com a lógica ampliada de redução de danos e, nesse sentido, “a redução de danos oferece-se como um método (no sentido de methodos, caminho) e, portanto, não excludente de outros.” [11: 10].

Para que uma política de saúde seja coerente, eficaz e efetiva, deve ter em conta que as distintas estratégias são complementares e não concorrentes, e que, portanto, o retardo do consumo de drogas, a redução dos danos associada ao consumo e a superação do consumo são elementos fundamentais para sua construção. [12: 8].

Considerando os princípios para o tratamento da dependência química propostos em documento do Escritório das Nações Unidas Contra Drogas e Crime [6: 2], devemos lembrar que “os melhores resultados são obtidos quando uma abordagem abrangente multidisciplinar que inclui diversificadas intervenções farmacológicas e psicossociais está disponível para responder às diferentes necessidades”. Em outro documento, mais recente, o UNODC, embora mantenha como prioridade a oferta de qualidade de serviços voltados ao tratamento de usuários motivados para a abstinência, afirma claramente que as medidas de redução de danos não são incompatíveis com a oferta de ações de prevenção e tratamento, além de dizer que a oferta de serviços que não discriminem os usuários de drogas “com objetivo de protegê-los da consequências adversas do abuso de drogas, sociais e na saúde, não entra em conflito com a oferta de tratamento abrangente” [13: 7].

Medidas para reduzir consequências adversas, sociais e na saúde, do uso arriscado de drogas, devem ser oferecidos em um programa abrangente que não discrimine os usuários. Se eles forem incluídos em uma estratégia abrangente, com fácil acesso a serviços de saúde de alta qualidade, poderão se tornar mais motivados para buscar o tratamento.

Medidas de “Redução de Danos” combinadas com serviços de boas práticas de tratamento podem evitar consequências adversas do uso arriscado de drogas, sociais e na saúde, e ser eficaz na redução em longo prazo de danos relacionados para indivíduos e sociedade.

Se uma estratégia abrangente não for adotada, o risco de discriminação social permanecerá elevado. [13: 6. Tradução livre].

No âmbito do tratamento, as modalidades de serviços devem ser diversificadas, tais como:

- serviços de abordagem no território (no SUS representados pelos Consultórios na Rua e no SUAS, pelas equipes de abordagem à população em situação de rua);
- serviços ambulatoriais (no SUS representados pelas Unidades de Saúde ou Centros de Especialidades);
- serviços de atenção diária (no SUS representados pelos Centros de Atenção Psicossocial/CAPS);
- serviços de atenção à urgência e emergência (No SUS representados pelos Pronto Socorros, Pronto Atendimentos ou UPAs, além do SAMU para transporte e remoção);
- serviços de internação (No SUS representados pelos leitos de atenção integral em hospitais gerais ou enfermarias de referência);
- serviços de moradia assistida (No SUS representados pelas Unidades de Acolhimento e no SUAS, pelos serviços de abrigamento).

Para um bom atendimento e para a ampliação de sua capacidade de resposta, esses serviços devem ter equipes multiprofissionais que trabalhem na lógica da interdisciplinaridade, integrando-se internamente de forma a que o conhecimento do caso e a construção do projeto terapêutico singular para cada sujeito em tratamento sejam compartilhados, evitando-se incoerências dentro da própria instituição. Além disso, é importante haver uma integração externa da equipe de cada serviço com as equipes dos demais, de modo a se garantir a continuidade do cuidado e a manutenção de uma linha de tratamento que seja conhecida, compartilhada por todos [14]. Assim, cada serviço poderá cumprir seu papel sem que as ações de um acabem por anular as de outro, como muitas vezes acontece na prática<sup>2</sup>.

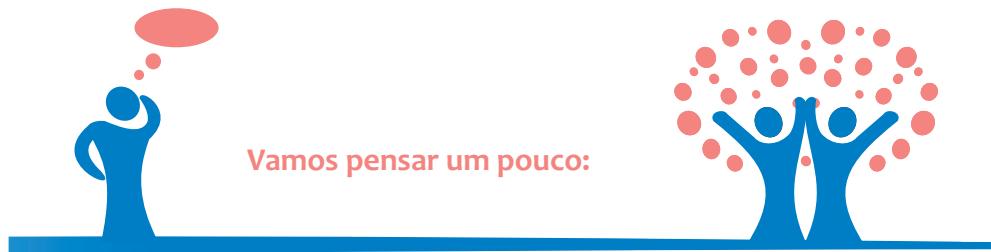
Com relação às terapêuticas para atenção integral aos usuários de drogas, falar apenas das modalidades dos serviços que devem constituir a rede não é suficiente. É importante destacar algumas das atividades/ações que devem ser realizadas nos serviços com vistas a que cada um cumpra seu papel, o que não esgotará as possibilidades, de acordo com a realidade local. Assim, apontaremos as atividades/ações mais comuns e presentes nos serviços:

- Acolhimento/recepção inicial com avaliação de risco (clínico, psiquiátrico e de outras especialidades, caso necessário);
- Abordagens motivacionais (investigação dos padrões de uso de drogas, intervenção breve, aconselhamento motivacional, entrevista motivacional);

---

2. Esta forma de funcionamento significa que os serviços devem se integrar em um funcionamento em rede, o que será melhor discutido na próxima seção, onde também será trabalhado a necessária ampliação desta rede a partir de sua articulação intersetorial, pois aqui estamos focando apenas as ações e serviços mais diretamente ligados ao tratamento.

- Atendimento individual em Medicina (clínica e psiquiátrica), Psicologia, Serviço Social, Farmácia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e em outras áreas, tais como, arteterapia, ou musicoterapia, de acordo com a necessidade da equipe e com a capacitação dos profissionais que dela participam;
- Atendimento familiar;
- Grupos, oficinas e outras ações coletivas;
- Educação física (esporte, dança, etc.);
- Cinema, música, literatura, artes plásticas e outras ações culturais;
- Fornecimento, orientação adequada e acompanhamento do uso da medicação;
- Reabilitação e reinserção social (trabalho, educação, etc.);
- Reuniões de acompanhamento contínuo do caso (com ênfase nos momentos de mudança nos projetos terapêuticos e de saída do serviço).



Na prática do tratamento da dependência química, o que significa implementar uma abordagem abrangente e diversificada?

Da lista de atividades/ações mais comuns e presentes nos serviços, quais podem ser executadas, fortalecidas ou acompanhadas no âmbito do seu serviço no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou, até mesmo, nos do Ministério Público?

As atividades e ações de tratamento do uso arriscado de drogas devem acontecer dentro de um processo de trabalho de integração, corresponsabilidade e com conhecimento e participação dos usuários e da comunidade/família, grande aliada para se lidar com os problemas relacionados ao uso arriscado de drogas. Tais atividades/ações devem se constituir-se numa oferta de cuidado conjunto e de intensidade variada, de acordo com cada caso, mas sempre lembrando que, dependendo do tipo de droga e do padrão de uso, os usuários podem se apresentar mais desorganizados e, portanto, necessitando de uma atenção mais dirigida. Nos casos de uso de crack, há a importância de se organizar para um enfoque mais estruturado devido à baixa adesão dos usuários desta droga ao tratamento;

e de se realizar ações interdisciplinares voltadas às diversas áreas afetadas (física, psicológica, social, questões legais e qualidade de vida). Esta importância é enfatizada tanto pelo Conselho Federal de Medicina [15] quanto pela Associação Brasileira de Psiquiatria [16].

Por fim, voltamos a lembrar da importância de que os serviços e ações se organizarem de forma a [11, 6]:

- ampliar as possibilidades de entrada e acolhida dos usuários, eliminando critérios que dificultem a busca e/ou a permanência no mesmo;
- compor uma rede de recursos de intervenção que ofereça ações diversas para usuários diversos, o que significa atender a todos considerando suas diferenças;
- reconhecer a gravidade dos casos a partir da avaliação de risco e responsabilizar-se pela oferta (ou referência) da resposta adequada no âmbito da rede de atenção;
- manter um clima acolhedor, culturalmente sensível às diferenças de todas as ordens, funcionando com equipes em trabalho interdisciplinar e intersetorial e que incentive a participação e o envolvimento do usuário e das famílias;
- organizar-se de forma a desenvolver projetos terapêuticos singulares com acompanhamento da equipe e de um técnico de referência com vistas à alcançar o melhor nível de estruturação e acompanhamento de cada caso, variáveis que afetam os resultados terapêuticos.

A dependência de drogas, e seus associados problemas sociais e de saúde, pode ser tratada eficazmente na maioria dos casos, se as pessoas tiverem acesso e continuidade aos tratamentos disponíveis e aos serviços de reabilitação em tempo hábil. Para este fim, todas as barreiras que limitam a acessibilidade aos serviços de tratamento necessitam de ser minimizadas para que as pessoas tenham acesso ao tratamento que melhor se adapte às suas necessidades. [6: 4. Tradução livre].



**Vamos parar para pensar no problema, pois isto aumenta a chance de emergirem soluções:**

Quais ações concretas você e os demais colegas do seu serviço no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e no Ministério Público poderiam pensar na direção de um trabalho interdisciplinar e intersetorial para a atenção integral às pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas?

Sim, é importante incluir a família na atenção integral ao usuário de drogas! A seguir você verá a justificativa desta inclusão e conhecerá os modelos de abordagem da família.

## Seção 4 - Abordagens dos familiares dos usuários de drogas

Com relação aos problemas ligados ao uso arriscado de drogas, a família aparece tanto como fator de risco como fator de proteção, dependendo das características do vínculo ou da relação dela com o usuário. De todo modo, a família sempre será afetada por tais problemas, o que torna essencial sua inclusão nas estratégias de cuidado.

Quanto à família, vemos que o uso de álcool e outras drogas pelos pais é um fator de risco importante, assim como a ocorrência de isolamento social entre os membros da família. Também é negativamente influente um padrão familiar disfuncional, bem como a falta do elemento paterno. São considerados fatores de proteção a existência de vinculação familiar, com o desenvolvimento de valores e o compartilhamento de tarefas no lar, bem como a troca de informações entre os membros da família sobre as suas rotinas e práticas diárias; o cultivo de valores familiares, regras e rotinas domésticas também deve ser considerado, e viabilizado através da intensificação do contato entre os componentes de cada núcleo familiar. [11:32].

Sanchez, Oliveira e Nappo [17], em estudo visando identificar os fatores de proteção para o consumo de drogas entre adolescentes de baixo poder aquisitivo, encontraram a família como fator protetor mais citado, tendo os adolescentes referido a importância dos familiares na sua estruturação, por fornecerem apoio, carinho e proteção. Em outra pesquisa, Sanchez, Oliveira, Ribeiro e Nappo [18] encontraram que, com relação às informações como medida de prevenção ao uso de drogas, o maior impacto é obtido quando a informação é oferecida pela família, o que reforça a importância desta e a necessidade de se desenvolver ações que possam reforçar habilidades parentais educativas e de comunicação nas famílias, de modo a ampliar esta sua função.

Ainda que nem sempre sejam solicitadas ou mesmo bem aceitas, nem pelo usuário e nem pelos próprios familiares, as abordagens à família nos serviços que cuidam de usuários de drogas são essenciais. Todos os serviços devem organizar ações de apoio e suporte para as famílias, além de desenvolver atividades voltadas às relações familiares envolvendo o sujeito em tratamento.

Guimarães e Aleluia [19] apontam a existência de três modelos teóricos para o tratamento familiar:

- o **modelo da doença familiar**, no qual se considera a dependência como uma doença que afeta a vida do usuário e de toda a família e cujo “objetivo principal é gerar na família posturas e comportamentos que não sejam facilitadores da continuidade do uso da substância.” [19:420];

- os **modelos comportamental e/ou cognitivo-comportamental**, baseados em teorias psicológicas que consideram que "as interações familiares podem reforçar ou prevenir comportamentos relativos ao uso de substâncias psicoativas, dado que tais comportamentos são aprendidos e mantidos nas interações familiares" [19: 420] em contingências diversas. O objetivo de ambas é, a partir da identificação das funções do uso, modificar os comportamentos/pensamentos/emoções familiares que mantém o consumo arriscado ou que disparam recaídas. O métodos de intervenção são, dentre vários, os treinamentos de habilidades sociais e de comunicação, de resolução de problemas e de enfrentamento de situações difíceis;
- o **modelo sistêmico**, no qual a família é vista como um sistema aberto em que o comportamento de qualquer membro afeta e é afetado pelo comportamento de todos os demais. Assim, no caso da dependência de drogas, os familiares são afetados e acabam por adaptar sua própria vida ao "comportamento disfuncional" do usuário, que realimenta esta mudança num processo que envolve a todos e mantém a situação, criando-se padrões disfuncionais de relacionamento que se tornam difíceis de mudar. O tratamento, neste caso, visa, exatamente, identificar e intervir nestes padrões.

Em quaisquer modelos, as autoras apontam que a intervenção familiar nos casos de uso arriscado de drogas deve atuar na comunicação e nas interações na família, "sendo meta terapêutica a conquista de um equilíbrio das competências, a partir da assunção das responsabilidades que cabem ao dependente químico e da desistência do controle disfuncional exercido pela família" [19: 429].

Importa lembrar que nem todas as abordagens familiares se caracterizam como "terapia de família". Esta deve ser feita apenas por profissionais com formação para tanto, por exemplo, nos modelos teóricos citados por Guimarães e Aleluia [19]. Todavia, várias outras intervenções podem e devem ser feitas por quaisquer profissionais para abordagem das famílias, tais como sessões de orientação unifamiliar, grupos multifamiliares para acompanhamento do tratamento, grupos multifamiliares de ajuda mútua, orientação individual ou coletiva para pais, visitas domiciliares, entre outras. Guimarães e Aleluia [19] lembram que: "De acordo com o plano de tratamento estabelecido e com a modalidade adotada, é possível conciliar sessões abertas com sessões dirigidas, tanto em grupo quanto individuais, com ou sem a presença do dependente, desde que acordado previamente com as partes" [19: 430]. O importante é que se ofereçam espaços para que a família possa participar do cuidado do seu membro que é usuário de drogas; e para que as dificuldades existentes nas relações familiares, e que possam afetar o processo de cuidado, sejam trabalhadas pela equipe.

Schrank e Olschowsky [20] apontam que a equipe deve trabalhar a construção de formas e intervenções de apoio e cuidado às famílias, incentivando e facilitando sua participação e integração no tratamento. Nesse sentido, a família passa a ser uma parceira no cuidado, o que facilitará o progresso do tratamento; e ela, a família em si mesma, deve ser tomada também como foco de cuidado, com vistas a acolher seu sofrimento e trabalhar suas expectativas, angústias e frustrações. Porém, é preciso lembrar que a família não estará

desde sempre disponível para esta parceria. Trata-se de uma parceria delicada e nem sempre fácil de ser obtida e envolvida no cuidado, mas na qual se deve investir. As autoras destacam que, para tanto, “os profissionais devem acreditar nessa parceria e compreender que esse processo está em constante mudança, ou seja, a inserção familiar não é estável, muito menos fácil. Ao contrário, exige que os profissionais tenham perseverança, vontade e credibilidade para promover essa integração, fundamentada pelo desejo de conquista.” [20: 133].

No contexto do tratamento pelo uso de crack, em muitos casos a relação familiar já se encontra excessivamente desgastada ou mesmo rompida. Tal fato não deve impedir a equipe de buscar conhecer detalhes da situação, investir em novas possibilidades de construção/reconstrução das relações familiares rompidas e, caso não seja possível essa reconstrução, buscar a construção de novos vínculos e relações afetivas que possam cumprir a função das relações familiares.



**Momento de pensar no que aprendeu.**

Quais ações de apoio e suporte seu serviço nos Sistemas de Saúde, Assistência Social, Justiça, Segurança Pública e do Ministério Público oferece para as famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas? Se essas ações ainda não ocorrem, quais seriam as justificativas para elas ocorrerem?

Você e todos nós somos atores importantes de serviços que devem ser uma rede de apoio para a reinserção social de pessoas e famílias com sofrimento psíquico devido às drogas. É importante tomarmos consciência da necessidade de funcionarmos como rede ampla e dinâmica, que também inclui serviços comunitários e de organizações não governamentais. A seguir vamos analisar algumas das propriedades desta rede, pois ela é fundamental à intervenção na dependência química.

## **Seção 5 - Redes de apoio e reinserção social do usuário de drogas**

“A atenção em rede é o princípio que aponta para a necessidade de que diferentes dispositivos de atenção estejam articulados de forma complementar, solidária e funcional, onde se busque garantir a continuidade da assistência.” [21: 7].

É provável que a frase acima seja um dos grandes e poucos consensos que temos atualmente, em várias áreas, sobre a oferta e organização de serviços, tanto de saúde como de assistência, pois as legislações mais atuais já têm como princípio o funcionamento em rede e a intersetorialidade, entre outros. Porém, ao mesmo tempo, com grande frequência ouvimos queixas da “falta de rede”, das “falhas ou carências da rede”, entre outras formas de se construir esta fala recorrente, muitas vezes utilizada para “explicar” algumas das dificuldades de se efetivar o cuidado integral aos usuários de drogas.

Mas, afinal: a que chamamos de “rede”?

Em geral, ao se falar em “rede” nas discussões de casos e outras situações da prática cotidiana, toda a definição conceitual acaba por ser suplantada pela simplificação do entendimento de “rede” como sendo apenas o conjunto de serviços existentes - ou, na verdade, não existentes, no caso das críticas. Porém, devemos lembrar que a mera existência de serviços não é suficiente para a garantia da existência de uma “rede de atenção”! Da mesma forma, o fato de um usuário ser atendido em um CAPS e também em um CREAS (Centro de Referência Especializado em Assistência Social) não garante que o cuidado a ele oferecido esteja sendo intersetorial!

Tais conceitos supõem uma efetiva interrelação entre os serviços, supõem sua articulação e integração. “As redes possuem relações complexas e resistentes. O essencial é que não se perca a dimensão da importância que constituem suas interações entre os diferentes setores e os agenciamentos que produz.” [21: 83]. Agenciar, intermediar, articular, conversar, negociar, compartilhar... Todas estas são ações necessárias para que se possa dizer que serviços funcionam em rede. E, mais que isso: antes de tudo é necessário que os serviços tomem a si a responsabilidade de atuar efetivamente na busca do cuidado integral e contínuo, o que significa conhecer o usuário e suas necessidades, ofertar ações de qualidade no seu âmbito de ação e tomar para si a responsabilidade de efetivar as articulações que permitam que as necessidades específicas de outra área também sejam efetivadas, seguindo um projeto terapêutico construído com o usuário e voltado a sua reinserção social. Para isso são necessários encontros e construções num acompanhamento compartilhado. Também é necessária a definição sobre quem - que serviço e que profissional - fará a gestão do caso, responsabilizando-se pela organização das ações necessárias para que o caso siga sendo cuidado.

Um impedimento sempre colocado para o desenvolvimento de tal tipo de atenção é quantitativo: poucos profissionais e muitos usuários dos serviços. Tal fato nos aponta a necessidade de ampliar serviços e equipes, mas também temos que considerar o fato de que nem todo caso exigirá tal nível de intensidade na atenção. Boa parte das situações que se apresentam pode ser conduzida a partir das rotinas habituais dos serviços, desde que esses tenham a organização mínima necessária para que todo usuário tenha um

acompanhamento individual por um técnico de referência, além das ações específicas da equipe. Mas é exatamente nos casos mais complexos, devido ao acúmulo de agravos e de condições de vulnerabilidade, que o funcionamento em rede se faz necessário, exigindo que os serviços transcendam suas rotinas habituais, que definam e designem um profissional para fazer este papel de gestor do caso, e se mostrem flexíveis o suficiente para lidar com a singularidade da situação. É nesses momentos que a rede é posta à prova e que podemos ver se temos mesmo uma “rede de atenção” ou apenas uma quantidade de serviços desarticulados.

Tendo estas dificuldades superadas e tendo serviços e equipes comprometidas com uma condução do cuidado de um modo efetivamente intersetorial e em rede, então teremos como analisar as necessidades de ampliação de serviços e, mais importante, teremos fundamento para nomear as falhas da “rede” em termos de carência ou precariedade da oferta de serviços. Se ainda não são suficientes, os serviços são necessários como pontos de atenção setorial; e mesmo insuficientes devem se ligar e se articular no processo de trabalho que os tornem “rede”.

No campo da saúde e da assistência social os princípios que direcionam tal funcionamento estão previstos nas legislações específicas. Mas devemos lembrar, ainda, que falando na atenção aos problemas decorrentes do uso arriscado de drogas, em atenção integral e em reinserção social, a rede a ser constituída precisa ir além das investidas governamentais e contar com os recursos comunitários, com as ações e serviços da sociedade civil e das organizações não governamentais. Assim, devem fazer parte dos processos de cuidado e de constituição da rede serviços e ações como grupos de ajuda mútua, organizações religiosas, centros comunitários, espaços públicos de lazer, serviços e ações de esporte, cultura, habitação e trabalho.

Esta rede ampliada se constitui como rede de apoio e reinserção social, permitindo trabalhar, não apenas os usuários e seus familiares, mas a própria sociedade em sua capacidade de acolher e ser solidária com as diferenças; reduzindo as atitudes de discriminação e preconceito que se fazem, também, barreiras ao acesso de usuários de drogas, não só aos serviços públicos, mas a todo espaço social que possa se relacionar à projetos de vida nos quais se vislumbrem novas inserções e novas possibilidades.



**Momento para a sua reflexão**

Em qual ponto da necessária rede de apoio você se situa no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou do Ministério Público? Ações de intermediação, articulação, conversa, negociação e partilha das questões do seu serviço com as dos outros têm sido frequentes?

Descreva as características de um caso que você conhece no seu serviço no Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou do Ministério Público, com acúmulo de agravos e em condições de vulnerabilidade, que justificaria uma intervenção em rede.



**Você aprendeu os tópicos básicos da intervenção na dependência química e agora é o momento de você julgar o quanto você os aprendeu**

- 1) Você se lembra de pelo menos dois modelos contemporâneos de intervenção na dependência química e as suas justificativas?
- 2) Com base na descrição feita na seção 2 deste capítulo, você consegue analisar o acolhimento feito em seu serviço (no Sistema de saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública ou no Ministério Público) às pessoas e famílias com problemas decorrentes do uso arriscado de drogas?
- 3) Você sente segurança para falar como deve ser a atenção integral a essas pessoas e famílias?
- 4) Você consegue situar e analisar seu serviço nos Sistema de Saúde, de Assistência Social, de Justiça, de Segurança Pública e no Ministério Público e o seu próprio trabalho nesse serviço num funcionamento em rede com outros serviços e setores do governo e da comunidade?
- 5) Após o estudo deste capítulo, e considerando seu objetivo, como julga seu conhecimento sobre os tópicos básicos da intervenção na dependência química?



### Referências

1- UNODC, **Informe Mundial sobre las Drogas**, 2012.

2 - VALENÇA, Tom. **Consumir e ser consumido, eis a questão!** Outras configurações entre usuários de drogas numa cultura de consumo. (Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia), 2010.

3 - CORDEIRO, Daniel Cruz. Dependência química: conceituação e modelos teóricos. IN: ZANELATTO, Neide A.e LARANJEIRA, Ronaldo (Orgs). **O tratamento da dependência química e as terapias cognitivo-comportamentais.** Um guia para terapeutas. Artmed Editora: 2012.

4 - SCHNEIDER, Daniela Ribeiro. Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300011&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 28/01/2013.

5 - SCHNEIDER, Daniela Ribeiro; LIMA. Dálberti Sciamana. Implicações dos modelos de atenção à dependência de álcool e outras drogas na rede básica em saúde. **Psico**. PUCRS, v. 42, n. 2, Porto Alegre: 2011. p.168-178.

6 - UNODC. **Principles of Drug Dependence Treatment**. Discussion paper. Vienna, 2008.

7 - UNODC. **From coercion to cohesion**. Treating drug dependence through health care, not punishment. Discussion paper based on a scientific workshop. Vienna: 2010.

8 - SILVEIRA, Daniele Pinto da; VIEIRA, Ana Luiza Stiebler. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. **Estud. pesqui. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, jun. 2005. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-42812005000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812005000100007&lng=pt&nrm=iso)>. acessos em 29 jan. 2013.

9 - LOBOSQUE, Ana Marta. CAPS: laços sociais. **Mental**. v.5, n.8, Barbacena: 2007. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272007000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 29/01/2013.

10 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: um paradigma ético-estético no fazer em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

11 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST/Aids. **A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília: 2003.

12 - BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contém as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://boletimef.org/biblioteca/26/Constituicao-Federal-Lei>. Acesso em 05/02/2013.

13 - UNODC. **Reducing the adverse health and social consequences of drug abuse**: a comprehensive approach. 2009. Disponível em:

[http://www.unodc.org/docs/treatment/Reducing\\_the\\_Adverse\\_Health\\_and\\_Social\\_Consequences\\_of\\_Abuse.pdf](http://www.unodc.org/docs/treatment/Reducing_the_Adverse_Health_and_Social_Consequences_of_Abuse.pdf). Acesso em 27/03/2010.

14 - SARACENO, Benedetto. **Manual de Saúde Mental**: Guia básico para atenção primária. Hucitec, 1997.

15 - CFM. Diretrizes Gerais Médicas para Assistência Integral ao Crack. 2011

16 - ABP/CFM. **Abuso e Dependência**: Crack. 2011.

- 17 - SANCHEZ, Zila Van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; NAPPO, Solange Aparecida. Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. **Ciência e saúde coletiva**, v.9, n.1, Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100005..> Acesso em 07/08/2011.
- 18 - SANCHEZ, Zila van der Meer; OLIVEIRA, Lúcio Garcia de; RIBEIRO, Luciana Abeide e NAPPO, Solange Aparecida. **O papel da informação como medida preventiva ao uso de drogas entre jovens em situação de risco. Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2011, vol.16, suppl.1, p. 1257-1266. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a58v16s1.pdf>. Acesso em 20/02/2011.
- 19 - GUIMARÃES, Ângela; ALELUIA, Gisele. Intervenção familiar do dependente de crack. IN: RIBEIRO, Marcelo e LARNJEIRA, Ronaldo (Orgs) **O tratamento do usuário de crack**. Artmed Editora: 2012. p. 421-433.
- 20 - SCHRANK, Guisela; OLSCHOWSKY, Agnes. O centro de Atenção Psicossocial e as estratégias para inserção da família. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, Mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 07/01/2013.
- 21 - BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas. **Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde** (Texto preliminar destinado à consulta pública), 2010.
- 21 - SCHNEIDER, Alessandra Ritzel dos Santos. A rede de atenção em saúde mental: a importância da interação entre a atenção primária e os serviços de saúde mental. **Revista Ciência & Saúde**, v.2, n.2, Porto Alegre: 2009, p.78-84.





# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES





# CRRESCES

Centro Regional de Referência em Crack e outras  
Drogas de Serra e de Cariacica - ES

Parceria:



Programa de Pós Graduação em  
Psicologia - UFES



Realização:



UFES

**SENAD**  
Secretaria Nacional  
de Políticas sobre Drogas

