



Ministério
da Saúde

+vida
Redução de danos no consumo
de álcool, fumo e outras drogas

SUS

PREFEITURA DO
Secretaria
de Saúde **RECIFE**



Sobre Drogas e Redução de Danos

O cotidiano dos profissionais de
saúde no programa +Vida do Recife

Juliano Lins
Pollyanna Pimentel
Roberta Uchôa
(orgs)

Sobre Drogas e Redução de Danos: O cotidiano dos profissionais no Programa +Vida do Recife

Juliana Lins, Pollyanna Pimentel e Roberta Uchôa (orgs.)

Recife, dezembro/2010

Catálogo na fonte:

Bibliotecária Ângela de Fátima Correia, CRB-4/227

Sobre drogas e redução de danos: o cotidiano dos
profissionais no Programa +Vida do Recife /
Juliana Lins, Pollyanna Pimentel e Roberta Uchôa
(Orgs.) – Recife, 2010.

191 p.

Inclui bibliografia

1. Drogas. 2. Redução de danos. 3. Política pública. I. Lins, Juli
ana. II. Pimentel, Pollyanna. III. Uchôa, Roberta. IV. Título.

364.272

CDU

UFPE

362

CDD

CSA2010 - 110

CAPsAD Prof. Luiz Cerqueira: relato de caso da trajetória de um usuário de cola em serviço especializado

Maria Carmem de A. Neves Trindade
Adilma Pimentel dos Santos Costa
Adriana Neves Marinho
Bárbara Botelho Arrais
Cristiane de Alcântara Santana
Michelle Campos Carvalho
Rosana Almeida de Moraes
José Arturo Costa Escobar

Resumo

O presente caso, referente a um usuário crônico de cola que realizou tratamento no Centro de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad Professor Luiz Cerqueira, é relatado pela sua relevância para a instituição, pois requisitou não apenas os esforços integrados da equipe multiprofissional, mas também a mobilização interinstitucional no âmbito da saúde mental e assistência social. Destacou-se dos demais por apresentar uma multiplicidade de fatores socioeconômicos e de saúde, proporcionando à equipe técnica um repensar da prática e das ações desenvolvidas junto aos usuários do serviço. O caso levantou questionamentos acerca dos entraves do modelo da rede de atenção à saúde mental, permitindo uma reflexão substancial no que tange ao melhor direcionamento das intervenções em prol da obtenção de resultados positivos, relacionando-os à proposta de promoção da saúde. Os resultados provenientes podem ser analisados no decorrer deste artigo, sendo destacado o impacto do tratamento na vida desse usuário.

Palavras-chave: dependência química, inalantes, redução de danos, saúde mental.

Introdução

A lei 10.216, de 06 de abril de 2001, pode ser considerada um marco legal da Reforma Psiquiátrica, ratificando, de forma histórica, as diretrizes básicas da atenção em saúde no Brasil. Tal dispositivo assegura os direitos e a proteção das pessoas portadoras de transtorno mental e redireciona o modelo de assistência, garantindo a esses usuários a universalidade e a integralidade de acesso e direito à assistência. O novo paradigma busca valorizar a descentralização do modelo de atendimento, quando determina a estruturação de serviços mais próximos do convívio social de seus usuários, configurando redes assistenciais mais atentas às desigualdades existentes e ajustando, de forma equânime e democrática, as suas ações às necessidades da população (DELGADO; CORDEIRO, 2009).

16

Dessa prerrogativa, os Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, serviços existentes no país desde a década de 80, configuraram-se como equipamentos estratégicos para a efetivação de uma

rede substitutiva ao antigo modelo hospitalocêntrico. Desde 2002, tais unidades passaram a receber uma linha específica de financiamento do Ministério da Saúde, o que favoreceu a expansão e aprimoramento dessas instituições, acabando por transformá-las nos articuladores da rede e da política de saúde mental em um determinado território.

Segundo a Portaria/SNAS no 224, de 29 de janeiro de 1992, cabe ao CAPS o acolhimento e a atenção às pessoas com transtornos mentais graves e persistentes, procurando preservar e fortalecer os laços sociais desse usuário em sua comunidade. São funções dos CAPS: prestar atendimento clínico em regime de atenção diária, evitando internações em hospitais psiquiátricos; promover a inserção social das pessoas com transtornos mentais através de ações intersetoriais; regular a porta de entrada da rede de assistência em saúde mental na sua área de atuação e dar suporte à atenção em saúde mental na rede básica. O CAPS é o nú-

cleo de uma nova clínica, produtora de autonomia, que convida o usuário à responsabilização e ao protagonismo em toda a trajetória do seu tratamento.

Em 2002, o Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 336, estabeleceu as normas de funcionamento dos CAPS, diferenciando-os pelo porte, capacidade de atendimento, clientela atendida, e organizando-os no país de acordo com o perfil populacional dos municípios brasileiros. Dentre os tipos de serviços dispostos na legislação, foram estruturados os Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas – CAPSad como equipamentos especializados para atendimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas – SPA.

Na cidade do Recife, os serviços CAPSad são regulamentados pela política do Programa + Vida de Redução de Danos – RD no Consumo de Álcool, Fumo e outras Drogas. Consoante com os princípios trazidos pela Portaria nº 1.028/GM, de 1º de julho de 2005, institui-se um olhar diferenciado sobre a questão das drogas, buscando minimizar eventuais consequências do uso e não tendo a abstinência como único objetivo. Além disso, está prevista a promoção de abertura de campo em redução de danos e o acompanhamento de dados epidemiológicos relativos ao uso, abuso e dependência de álcool, fumo e outras drogas. Ao adotar a perspectiva da RD, os CAPSad se inseriram em um movimento renovado acerca das políticas públicas sobre drogas (FONSECA; BASTOS, 2005).

Em 2003, em estudo realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas – CEBRID, foram levantados dados epidemiológicos sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes que viviam em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. Dentre as 2087 crianças/adolescentes entrevistadas, 958 delas residiam na região Nordeste do país, apresentando perfil de consumo de inalantes no mês de 36,7% e, especificamente para cola, de 29%. O perfil de uso quase diário de inalantes foi relatado por 23,1%, com elevadas taxas de exposição ao comportamento de risco associado ao uso de drogas. Considerando apenas a cidade do Recife (n= 64), foram observados resultados mais graves para a situação de rua em relação à amostra global, com maior número de horas na rua e há mais tempo nessa situação. A cola foi, depois do tabaco, a droga mais consumida no mês (79,7%), com uso quase diário de solventes relatado em 64,1%. Cerca de um quinto da amostragem relatou uso de crack (NOTO, 2003).

Lubman (2008) relatou que, nos últimos anos, o uso de solventes tem se tornado problema comum entre crianças e adolescentes e associa-o ao fato de tais produtos serem de fácil acesso, encontrados em várias casas comerciais. No Brasil, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, através da Resolução RDC nº 345, de 15 de dezembro de 2005, proíbe a comercialização a menores de idade de substâncias solventes capazes de promover depressão do sistema nervoso central – SNC. Entretanto,

dados epidemiológicos mostraram que mais da metade realizaram, pessoalmente, compras dos solventes no comércio (NOTO, 2003).

Os solventes são substâncias geralmente inflamáveis e facilmente introduzidas no organismo por meio da inalação. Atuam como depressoras do SNC, apresentando efeitos como sensações de bem-estar, leveza, excitação e euforia (PEDROZO; SIQUEIRA, 1989 e LACERDA, 2009). No entanto, o uso crônico dessas substâncias está associado a alterações neurológicas, renais, hepáticas e pulmonares, que se manifestam por sintomatologia diversa: paranóia, comportamento agressivo e impulsivo, depressão, insuficiência renal e/ou hepática, neuropatia periférica, dificuldades de aprendizagem, entre outros. O estado de abstinência se caracteriza por apresentar comportamento hiperativo e ansioso, alucinações, delírios, calafrios e irritabilidade (LUBMAN, 2008).

O contexto que envolve o usuário de drogas apresenta características peculiares, abrangendo sua relação com a substância em seus aspectos físicos, psicológicos, sociais e econômicos (FONSECA; BASTOS, 2005). Este estudo retrata, de modo mais específico, a situação de um usuário com histórico de uso de cola, vivente em contexto de rua, sem nenhuma referência familiar. Foi proposto apresentar o relato deste caso baseado em registros e na experiência direta das pessoas envolvidas no tratamento. Ainda, a escolha do presente caso se

destacou entre os demais pela sua complexidade, envolvendo uma multiplicidade de fatores socioeconômicos e de saúde, que geraram para o serviço uma demanda de articulação institucional extra ao CAPSad, permitindo envolver a rede socioassistencial, amparados pelas políticas públicas. Durante o processo de tratamento, esse caso permitiu que a equipe técnica repensasse sua prática, questionasse os entraves do modelo de atenção, permitindo uma reflexão substancial no que tange ao melhor direcionamento e práxis da rede de saúde mental, em prol da obtenção de resultados mais favoráveis e concretos.

Relato de Caso

AFS, sexo masculino, 29 (vinte e nove) anos, pardo, solteiro, natural e procedente do Recife-PE, em situação de rua no momento de admissão do serviço CAPSad Professor Luiz Cerqueira. Segundo seu relato, é o caçula de dois irmãos, sem vínculos familiares, referia ter conhecimento apenas do irmão mais velho, contudo, sem qualquer contato. Pai falecido na infância. Desconhecia nome e paradeiro da mãe. Relatou vivência em ambiente hostil, sofrendo agressões de sua genitora, motivo pelo qual alega ter saído de casa e ido morar nas ruas, aos 08 (oito) anos de idade, residindo no Terminal Integrado de Passageiros – TIP, em Recife. Correlaciona este fato ao início do uso de inalante (cola) e refere ter feito uso de outras SPA na vida (maconha, álcool, tabaco, crack, Rohypnol e Artane). Segundo relato em prontuários, abstinente para estas. Relatou episódios de transgressões sociais e desvios de conduta, sendo resgatado diversas vezes pela antiga Fundação da Criança e do Adolescente – FUNDAC, atualmente Fundação de Atendimento Socioeducativo de Pernambuco – FUNASE. Apresentou histórico de internamentos psiquiátricos no Hospital Otávio de Freitas. Na adolescência, foi acompanhado pela Organização Não-Governamental – ONG Ruas e Praças, residindo até aos dezessete anos no Sítio Capim de Cheiro, localizado no Estado da Paraíba. Após os dezessete anos, voltou a residir nas ruas, sem nenhum vínculo familiar e sem registro civil.

Em 2005, AFS compareceu pela primeira vez ao CAPSad Professor Luiz Cerqueira, encaminhado pelo Instituto de Assistência Social e Cidadania – IASC, para dar início ao processo de triagem nesse serviço, trazendo relato de uso de cola há mais de vinte anos. Naquele momento, realizando uso diário ininterrupto. Apresentava quadro clínico comprometido, tremores, agitação psicomotora e irritabilidade. Concluiu todo o processo de triagem e admissão, contudo, não compareceu ao Grupo Acolhimento para iniciar o tratamento. Uma segunda tentativa de adesão aconteceu em 2006, quando AFS, acompanhado de um educador do IASC, foi submetido a novo processo de triagem, porém, não apresentou interesse em realizar o tratamento. Em fevereiro de 2007, retornou pela terceira vez ao serviço, novamente trazido pelo educador do IASC, desta vez admitido. Conforme os registros em prontuários do CAPSad Professor Luiz Cerqueira, AFS apresentava comprometimentos motor e mental importantes, refletidos em incoordenação motora (ataxia global), dificuldade de raciocínio, instabilidade emocional e déficit de compreensão (atraso cognitivo). Associava-se, ainda, grave comprometimento visual, poliparasitose intestinal, sífilis e alterações renais. Nos grupos terapêuticos, mostrava-se bastante sonolento, com déficit de atenção, dificuldades em seguir regras e rotinas, comportamento agitado e irritado. Em relação ao consumo de drogas, foi observado evolução do tratamento, com redução do consumo do uso de cola em dias intermitentes (3 a 5 cinco dias).

Visando a continuidade do tratamento e melhoria da condição clínica do usuário, foi encaminhado, em abril de 2007, para Casa do Meio do Caminho – CMC Professor Luiz Cerqueira, espaço de proteção 24h, permanecendo por dez dias. Não se adaptando, retornou ao CAPSad Professor Luiz Cerqueira, para dar continuidade ao tratamento. Vale salientar que, desde o ingresso no serviço, foi utilizado farmacoterapia paralela ao tratamento psicossocial. Em novembro de 2007, continuou referindo o uso reduzido de cola e expressou o desejo de sair das ruas. Em trabalho conjunto com o IASC, foram retirados os documentos civis oficiais (Registro Civil, Carteira de Identidade e Cadastro de Pessoa Física), com o objetivo de encaminhá-lo ao Benefício de Prestação Continuada – BPC da Lei Orgânica da Assistência Social, sendo iniciado o processo de pareceres de médicos e especialistas.

Em janeiro de 2008, minimizado o uso e, conseqüentemente, os efeitos nocivos da cola, o retardo mental moderado não especificado (CID-F71.9) e a instabilidade emocional passaram a ser os fatores mais prejudiciais ao desempenho ocupacional de AFS. Foi decidido encaminhá-lo para realizar tratamento em um CAPS de Transtorno Mental de referência do Distrito Sanitário I do Recife. Desde esse momento, passou a ser acompanhado em conjunto pelos dois serviços, apresentando melhora gradual da capacidade de assimilação dos conteúdos trabalhados em grupos e demais atividades terapêuticas, bem como melhor convivência social.

Em fevereiro do mesmo ano, foi encaminhado mais uma vez para a Casa do Meio do Caminho Professor Luiz Cerqueira, como medida de proteção para passar o período de carnaval, contudo, por solicitação de AFS, teve a sua permanência prolongada por mais quarenta dias. A continuidade do tratamento no CAPSad, após permanência na CMC, permitiu que fossem trabalhados seus projetos de vida e a relação com a droga.

Em março de 2009, com o diagnóstico de Cegueira Adquirida (CID-H54.0), decorrente do abuso de cola, foi incluído no BPC e, posteriormente, devido as perdas funcionais adquiridas, diante da piora do déficit visual, foi encaminhado à Sociedade Beneficente dos Cegos do Recife para reeducação de suas atividades diárias.

As melhoras observadas no quadro motor, sociabilidade, compreensão intelectual, expressividade, reconstituição da história pessoal e autonomia econômica, constituíram parâmetros importantes para a evolução do tratamento. Obteve a alta clínica do CAPSad em abril de 2010. Com o auxílio advindo do BPC, não se encontra mais em situação de rua, vivendo em residência alugada, com padrão alimentar considerado saudável, vestuário limpo. Permanece, atualmente, em tratamento e acompanhamento no CAPS de Transtorno Mental, e segundo relato do usuário, seu padrão de uso de cola, no momento da alta clínica, acontecia apenas nos finais

de semana, expressando o desejo de não realizar o abandono total da substância, tendo o mesmo atingido os parâmetros construídos no seu projeto terapêutico singular - PTS.

Discussão e considerações finais

Relatar a experiência vivenciada por AFS no serviço CAPSad tornou-se um desafio, pois implicou expor uma série de questionamentos e dúvidas surgidas no âmbito da equipe multiprofissional, acostumada, muitas vezes, a sua prática de certezas. Como tratar o usuário que não consegue aderir às propostas terapêuticas apresentadas? Como assistir ao usuário carente do suporte social e familiar?

Ao ser admitido para tratamento no CAPSad, AFS trazia consigo características comuns a muitos jovens moradores de rua (EL-KHATIB, 1998), além da aparência física descuidada e das péssimas condições de higiene, exibia comportamento próprio de quem vivia em constante situação de ameaça: arreio, agressivo, desconfiado. Sabia pouco sobre a sua própria história e sequer possuía registros que comprovassem legalmente a sua existência. O comportamento atípico, à parte das convenções sociais, confrontou diretamente o modelo de funcionamento institucional.

Os CAPSad desenvolvem proposta de tratamento centrada em atividades terapêuticas de grupo, com enfoque em estratégias para mudanças de comportamento, reflexões sobre atitudes e construção/reorganização do projeto de vida dos seus usuários (FONSECA; BASTOS, 2005). No entanto, ain-

da que a Política de Redução de Danos se constitua através do olhar individualizado a cada usuário, toda instituição se organiza por regras, rotinas e práticas que caracterizam sua proposta terapêutica. AFS, no momento da admissão no serviço, bem como ao longo das etapas do tratamento, se enquadrava em pouquíssimas situações. A dificuldade observada em aderir ao tratamento forçou a equipe a repensar as formas de abordagem convencionadas. A necessidade de transformação de atitude da equipe e dos modos de intervenção conseguiu acolher o usuário e construir o vínculo terapêutico necessário para favorecer o processo de mudança.

O aparecimento dos resultados se constituiu na modificação da aparência física de AFS, bem como na participação mais efetiva nas atividades terapêuticas, ainda que o déficit cognitivo prejudicasse o desempenho, também apresentando comportamento mais sociável e controle da agressividade. O usuário, co-autor de sua própria mudança, expôs seu discernimento quanto ao tratamento quando incorporou ao próprio discurso aspectos relacionados à percepção da mudança em curso: “Eu fico brabo por que fico com raiva, é uma raiva que vem dentro de minha cabeça toda, só que agora a raiva tá ficando em um pedaço de minha cabeça e não demora muito e ela vai embora, parece que um dia ela vai acabar de vez” (sic).

22

A CMC, dispositivo da rede do Programa + Vida, assumiu fundamental importância na medida em que funcionou

como espaço protegido, de assistência 24h, livre do uso da droga. Pela primeira vez, após um longo tempo de uso crônico da cola, AFS experienciou momentos sem o uso, revelando sentimentos paradoxais de contentamento pela situação abstinente e desprazer pela ausência da substância, sentimentos de alegria e revolta mesclavam-se no decorrer do tempo. Em princípios de uma experiência aparentemente pouco proveitosa, a pouca adaptação do usuário ao viver coletivo acabara por culminar em alta administrativa, quando AFS tentou agredir fisicamente um profissional da instituição. Em momento posterior, a CMC foi novamente utilizada como estratégia, dessa vez, apresentando o paciente uma aceitação completamente diferenciada do primeiro momento, também refletindo a resposta ao tratamento e indicando uma perspectiva positiva de auto-cuidado e ressocialização. A evolução do usuário permitiu a identificação com esse espaço, motivando AFS a solicitar albergamento para proteger-se do uso da cola durante o período do carnaval de 2008, isto é, um ano após a admissão no CAPSad, se observou os primeiros sinais de evolução substancial de AFS, representando para a equipe o momento de outros avanços.

Em vistas de garantir a integralidade da assistência, ações foram articuladas, conforme preconiza o Sistema Único de Saúde – SUS. Desse modo, uma vez minimizado o uso da substância, surgiu a necessidade de acompanhamento direcio-

nado ao seu distúrbio de comportamento, identificado durante o período de tratamento no CAPSad.

A identificação e tratamento da comorbidade concomitante à dependência representam pontos importantes na recuperação e obtenção de evolução mais segura. A integração entre serviços distintos que tratam da dependência comórbida, no âmbito de álcool e outras drogas e transtornos psiquiátricos, tem sido apontada como meio de sucesso. Isto é, o tratamento entre serviços especializados e integralizados em rede dos casos graves e com duplo diagnóstico deve ser considerado, o que representa romper preconceitos contra o dependente, contra o doente mental e contra a dificuldade da criação de unidades especializadas (SAIDE, 2007).

Em consequência dessa demanda, entraves da rede de assistência na experiência pernambucana são evidenciados: como e onde tratar os casos de comorbidade quando a sociedade segrega e discrimina o usuário de drogas? Tal demanda iniciou um processo único, culminando no encaminhamento de AFS para um CAPS de Transtorno Mental. Após discussão e mobilização das equipes envolvidas, AFS foi admitido para tratamento da sua comorbidade. O que pareceu simples e óbvio foi, na verdade, fruto da desconstrução de conceitos antigos e adoção de novas filosofias, abrindo caminhos de diálogos e intervenções que acabaram por beneficiar também outros usuários de ambas instituições envolvidas.

A necessidade de ações interinstitucionais trouxe para a equipe novo questionamento: até onde, enquanto rede de saúde, o nosso papel é realizado de modo eficaz e desburocratizado? Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a saúde é definida como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades. Sob esta perspectiva, as articulações passaram a abranger também a rede de Assistência Social. Os esforços conjuntos levaram ao usuário adquirir documentos civis oficiais, papel crucial para o restabelecimento da cidadania e, através do BPC, o mesmo conseguiu recursos financeiros que lhe permitiram reorganizar-se economicamente, de maneira condizente com sua nova realidade.

Apontar o sucesso no tratamento desse usuário permite sinalizar alguns aspectos: ao longo dos anos a Rede de Assistência em Saúde em Pernambuco vem mudando o seu foco, propondo tratar os seus usuários de forma cada vez mais singular. Na prática, viabilizar um tratamento individualizado torna-se uma tarefa difícil pelos entraves burocráticos, choque de valores e formações profissionais e regras institucionais pouco flexíveis. No entanto, o estudo desse caso permite a verificação da possibilidade de ir ao encontro desses novos paradigmas, na medida em que reflete, também, a mudança de postura da Rede de Assistência em Saúde para garantir uma abordagem centrada no sujeito.

Referências

ALMEIDA, CRS. Drogas: uma abordagem educacional. São Paulo: Olho d'Água, 1999.

AMARANTE, P. (Org.). Loucos pela vida: a trajetória de reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: SDE:ENSP, 1995.

ANDRADE, TM; FRIEDMAN, SR. Princípios e práticas de redução de danos: interfaces e extensão a outros campos da intervenção e do saber. In: SILVEIRA, DX; MOREIRA, FG (Orgs.). Panorama atual de drogas e dependências. São Paulo: Atheneu, 2006.

180 ANDRETTA, I. A entrevista motivacional e a psicoeducação em adolescentes usuários de drogas que cometeram ato infracional. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

BARNES, JA. Redes sociais e processo político. In: FELDMAN-BLANCO, B (Org.). Antropologia das sociedades contemporâneas: métodos. São Paulo: Global, 1987.

BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade: psicanálise e as novas formas de subjetivação. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001.

BRASIL. Manual de redução de danos. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Portaria nº336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Decreto nº 5.658, de 02 de janeiro de 2003. Promulga a Convenção-Quadro sobre Controle do Tabaco, adotada pelos países membros da Organização Mundial de Saúde em 21 de maio de 2003 e assinada pelo Brasil em 16 de junho de 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. A Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Política Nacional sobre Drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASÍLIA. Redução de danos. Brasília: OBID, 2008.

BRONFENBRENNER, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

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

CAMARGO-BORGES, C; JAPUR, M. Sobre a (não) adesão ao tratamento: ampliando sentidos do autocuidado. In: Revista Texto e Contexto, 17(17): 64-71. Florianópolis: Revista Texto e Contexto, 2008.

CAMPOS, D. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. Rio de Janeiro: Cadernos de Saúde Pública, 2007.

CAMPOS, GWS. Saúde Paidéia. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARLINI, EA; GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, SA. I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2001.

CARVALHEIRA, IMA. Re-significando a ação clínica psicológica na assistência à criança queimada: uma experiência em questão. Dissertação Mestrado. Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2003.

CONTE, M. Redução de danos e saúde mental na perspectiva da atenção básica. Porto Alegre: Boletim da Saúde Porto Alegre, 2004.

COSTA, AM. Atenção integral à saúde das mulheres: Quo Vadis: uma avaliação da integralidade na atenção à saúde das

mulheres no Brasil. Tese de doutorado. Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

CRITELLI, DM. Analítica do sentido: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: EDUC, 1996.

CRUZ, MS. Redução de Danos, Prevenção e Assistência. In: SENAD. Prevenção ao uso indevido de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. 2 ed. Brasília: SENAD, 2010.

CUNHA, TCMC. Que Narciso é esse? In: Revista Mal-Estar Subjetivo, 01(01): 64-71. São Paulo: Revista Mal-Estar Subjetivo, 2008.

DELGADO, PG; CORDEIRO, F. A rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas na saúde pública do Brasil. In: ANDRADE, TMD. (Org.). O uso de substâncias psicoativas no Brasil: epidemiologia, legislação, políticas públicas e fatores culturais. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2009.

DIÁRIO DO NORDESTE. Redução de Danos. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=69505>. Arquivo capturado em 27 de setembro de 2010.

DOMANICO, A. Craqueiros e cracados: bem vindo ao mundo dos nóias! - Estudo sobre a implementação de estratégias de redução de danos para usuários de crack nos cinco projetos-piloto do Brasil. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.

DUALIBI, LB; RIBEIRO, M; LARANJEIRA, R. Perfil dos usuários de cocaína e crack no Brasil. São Paulo: ABEAD, 2008.

EL-KHATIB, U. Quando se trata de investigar “crianças e adolescentes em situações de risco pessoal e social”... In: Cadernos de Terapia Ocupacional UFS, 1(7): 1-13. Sergipe: Cadernos de Terapia Ocupacional UFS, 1998.

FAZENDA, I. Empowerment e participação, uma estratégia de mudança. São Paulo: Centro de Investigação sobre História e Trabalho Social, 2001.

FEFFERMANN, M; FIGUEIREDO, R. Redução de danos como estratégia de prevenção de drogas entre jovens. São Paulo: Boletim do Instituto de Saúde, 2006.

FIGLIE, NB; BORDIN, S; LARANJEIRAS, R. Aconselhamento em dependência química. São Paulo: ROCA, 2004.

FONSECA, EMD; BASTOS, FI. Políticas de Redução de Danos em Perspectiva: Comparando as Experiências Americana, Britânica e

Brasileira. In: ACSELRAD, G (Org.). *Avessos do prazer: drogas, AIDS e direitos humanos*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 2005.

FOUCAULT, M. *História da loucura: na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, W. *Medicina humanizada com arte*, In: MELO, PFBC; DIAS, RC & FREIRE, W. (Orgs.) Recife, Edupe (2010).

FREITAS, LAP. *Adolescência, família e drogas: a função paterna e a questão dos limites*. Rio de Janeiro: Mauad, 2002.

FREUD, S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

GALDURÓZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, SA; CARLINI, EA. *I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas – parte A: estudo envolvendo as 24 maiores cidades do estado de São Paulo*. São Paulo: FAPESP/CEBRID, 1999.

GARCIA, SI. *Perdas e danos: violência e a subjetividade do usuário*. In: BAPTISTA, M; INEM, C. *Toxicomania: uma abordagem multidisciplinar*. Rio de Janeiro: Sette Letras, 1997.

HENNECK, L; FOX, V. *A mulher com alcoolismo*. In: GTILOW, SE; PEYSER, HS. *Alcoolismo: um guia prático de tratamento*. 2 ed. Porto alegre: Artes Médica, 1991.

IBGE. *Senso 2000*. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/seculoxx.pdf>. Arquivo capturado em 28 de outubro de 2010.

INCA. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.inca.gov.br>. Arquivo capturado em 26 de outubro de 2010.

INTERNATIONAL HARM REDUCTION ASSOCIATION. *O que é redução de danos: uma posição oficial da Associação Internacional de Redução de Danos*. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://www.ihra.net/files/2010/06/01/Briefing_what_is_HR_Portuguese.pdf. Arquivo capturado em 08 de outubro de 2010.

LACERDA, RBD. *Drogas depressoras (benzodiazepínicos, inalantes, opiáceos): efeitos agudos crônicos no SNC e outros sistemas orgânicos*. In: LACERDA, RBD (Org.). *Efeitos de substâncias psicoativas no organismo: módulo 2*. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, 2009.

LAMBIE, G. Motivational enhancement therapy: a tool for professional school counselors working with adolescents. Londres: Professional School Counseling, 2004.

LANCETTI, A. Clínica peripatética. São Paulo: Hucitec, 2003.

LUBMAN, DI. Inhalant abuse among adolescents: neurobiological considerations. In: British Journal of Pharmacology, v. 154, p. 316-326. Londres: British Journal of Pharmacology, 2008.

MACHADO, K. Como anda a Reforma Psiquiátrica? [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/38/capa.html>. Arquivo capturado em 10 de outubro de 2010.

MARLATT, GA. Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MARX, K. Introdução crítica da economia. São Paulo: Cortez, 1989.

MELCOP, AG; CAMPOS, AR; FRANCH, M. Sem preconceitos. Um guia sobre o consumo de drogas para profissionais, usuários e curiosos. Recife: Cartilha do Centro de Prevenção às Dependências, 2002.

MELILLO, A; OJEDA, ENS (Orgs.). Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas. Porto Alegre: Artmed, 2005.

_____. Clínica Ampliada e Compartilhada. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: http://bvsmssaude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf. Arquivo capturado em 27 de outubro de 2010.

MORAES, M. O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. In: Ciência & Saúde Coletiva, 13(11): 121-133. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva, 2008.

MOREIRA, FG; SILVEIRA, DX; ANDREOLI, SB. Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, 13(11): 807-816. São Paulo: Ciência & Saúde Coletiva, 2006.

MOTTA, AE. Cultura e crise e segurança social. São Paulo, 2004.

NAPPO, S. Só medo da morte faz o usuário de crack pedir ajuda. São Paulo: UNIAD, 2010.

NARDI, HC; RIGONI, RQ. Marginalidade ou cidadania? A rede discursiva que configura o trabalho dos redutores de danos. In: Psicologia em Estudo, 02(10): 273-282. Maringá: Psicologia em

Estudo, 2005.

NASCIMENTO, MAA; MISHIMA, SM. Construindo uma prática de relações. In: *Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem*, 02 (02): 12-5. São Paulo: Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem, 2004.

NOTO, AR; GALDURÓZ, JCF; NAPPO, AS; FONSECA, AM; CARLINI, CMA; MOURA, YG; CARLINI, EA. V Levantamento nacional sobre uso de drogas entre crianças e adolescentes em situação de rua nas 27 capitais brasileiras. São Paulo: SENAD/CEBRID, 2003.

OLIVEIRA, LG; NAPPO, SA. Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. São Paulo: Hucitec, 2008.

OLIVESTEIN, C. Ser toxicômano no ano 2000. São Paulo: ABEAD, 1998.

OPAS. Conceito de Saúde. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.opas.org.br/ambiente/temas.cfm?id=44&area=Conceito>. Arquivo capturado em 29 de novembro de 2010.

_____. Recife respira melhor: a implantação de ambientes livres do fumo. Brasília: OPAS, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. Declaração de Cara-

cas. Conferência regional para reestruturação da atenção psiquiátrica na América Latina no contexto dos sistemas locais de saúde. Brasília: OPAS, 1990.

OSÓRIO, LC. Adolescente hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

PEDROZO, MDFM; SIQUEIRA, MEPBD. Solventes de cola: abuso e feitos nocivos à saúde. In: *Revista de Saúde Pública*, 04(23): 336-340. São Paulo: Revista de Saúde Pública, 1989.

PILLON, SC. Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a prática da enfermagem. In: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4):676-82. São Paulo: Revista Latino-Americana de Enfermagem, 2004.

POTTES, AL. A autoridade constituída como facilitadora do crescimento pessoal. In: SILVA, GL (Org.). *Coação ou co-ação: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas*. Recife: Bagaço, 2005.

PRATTA, EMM; SANTOS, MA. Levantamento dos motivos e dos responsáveis pelo primeiro contato de adolescentes do ensino médio com substâncias psicoativas. Ribeirão Preto: Hucitec, 2006.

QUEIROZ, IS. Os programas de redução de danos como es-

paços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Adoção de ações de redução de danos direcionadas aos usuários de drogas: concepções e valores de equipes do Programa de Saúde da Família. São João Del-Rei: Pesquisas e Práticas Psicossociais, 2007.

RAMEH-DE-ALBUQUERQUE, RC. Casas do Meio do Caminho: um relato da experiência de Recife na busca da atenção integral à saúde dos usuários de álcool, fumo e outras drogas. Dissertação de Mestrado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2008.

RAMOS, SP; BERTOLETE, JM. Alcoolismo hoje. São Paulo: Artmed, 1997.

RASSIAL, JJ. O que os adolescentes ensinam aos analistas: ciclo de palestras. São Paulo: Instituto de psicologia, 2002.

RECIFE. Plano Municipal de Saúde. Recife: Secretaria de Saúde, 2005.

186 _____. Política de redução de danos do município. Recife: Secretaria de Saúde, 2007.

_____. Relatório de avaliação anual do CAPSad Estação Vi-

cente Araújo, 2008 e 2009. Recife: Secretaria de Saúde, 2009.

_____. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.recife.gov.br>. Arquivo capturado em 10 de outubro de 2010.

_____. Atenção básica à saúde – Recife em defesa da vida, cartilha da Secretaria de Saúde do Recife, 2010.

RABELO, ARR. Um manual para o CAPS. Salvador: EDUFBA, 2006.

RENNÓ, JJ. Hospital das Clínicas. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.netpsi.com.br>. Arquivo capturado em 18 de outubro de 2010.

REVIÈRE, EP. O processo grupal. 6 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RIBEIRO, M. O crack: origens, exclusão social e violência. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Arquivo capturado em 07 de outubro de 2010.

SAIDE, OL. Alcoolismo e comorbidade: a existência negada do duplo diagnóstico. In: GIGLIOTTI, A (Org.). Dependência, compulsão e impulsividade. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2007.

SANCHEZ, ZVDM; NAPPO, SA. Da primeira droga ao crack: a seqüência de drogas consumidas por um grupo de usuários na cidade de São Paulo. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.einstein.br/alcooledrogas>. Arquivo capturado em 10 de outubro de 2010.

SANTOS, M. A Natureza do espaço. Técnica e tempo. Razão e emoção. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

SCADUTO, AA; BRABIERI, V. O discurso sobre a adesão de adolescentes ao tratamento da dependência química. São Paulo: Hucitec, 2009.

SCHENKER, MCS; MINAYO, M. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. In: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 07(04): 299-306. São Paulo: Revista Ciência & Saúde Coletiva, 2003.

SCHMIDT, MLS. Aconselhamento Psicológico e Instituição: algumas considerações sobre o serviço de aconselhamento psicológico do IPUSP. In: MORATO, HTP. Aconselhamento centrado na pessoa: novos desafios. São Paulo: Casa dos Psicólogos, 1999.

SENAD; SENASP. III Curso de Capacitação Sobre Redução da

Oferta e Demanda de Drogas. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.redeamigadacrianca.org.br>. Arquivo capturado em 10 de agosto de 2006.

SOUZA, J; KANTORSKI, LP; MIELKE, FB. Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPSad. Ribeirão Preto: Hucitec, 2006.

TRIBUNAL DE CONTAS DO DISTRITO FEDERAL. Auditoria operacional no sistema de saúde pública do Distrito Federal (versão simplificada). Brasília: Tribunal de Contas do Distrito Federal, 2008.

TULLER, NGP; ROSA, DTM; MENEGATTI, RP. Crack e os Perigos de uma Viagem sem Retorno. [online] Disponível na Internet via WWW. URL: <http://www.cesumar.br/pesquisa/periodicos/index.php/iccesumar/article/viewPDFInterstitial/556/471>. Arquivo capturado em 20 de setembro de 2010.

VASCONCELOS, MCM. S.O.S Drogas: realizando a mediação entre indivíduo e rede de saúde. In: SILVA, GL (Org.). Coação ou co-ação: diálogo entre justiça e saúde no contato com usuários de drogas. Recife: Bagaço, 2005.

ZALUAR, A (Org.). Drogas e cidadania. 1 ed. São Paulo: Brasileira, 1999.

Autores

Adilma Pimentel dos Santos Costa, técnica em enfermagem, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Adriana Neves Marinho, psicóloga, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Adriana Otaciana da Silva, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Aldo Luís Farias, agente redutor de danos, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Alexandre Alves Guilherme, agente redutor de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Ana Célia Aguiar, agente redutora de danos, CMC Celeste Aída;

Ana Lúcia Pottes Vasconcelos, psicóloga, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Ana Maria Lopes de Valois, gerente administrativa, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Antonio Sebastião de Oliveira, agente redutor de danos, CAP-

Sad Profo José Lucena;

Bárbara Batista Vieira, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Bárbara Botelho Arrais, terapeuta ocupacional, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Bárbara Cavalcante Tavares da Silva, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Carlos Henrique Reis da Silva, gerente administrativo, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Cláudia Alves da Cunha, técnica em enfermagem, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Clebes dos Ramos Silva, agente redutor de danos, CAPSad Profo José Lucena;

Cristiane de Alcântara Santana, psicóloga, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Cristiane de Holanda, assistente social, CAPSad Profo José Lucena;

Cristina Maria Tavares, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Cynthia L. Damasio da Silva, agente redutora de danos, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Dalvanira Tavares de Souza, enfermeira, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Elida Maria do Nascimento, agente redutora de danos, CAPSad CPTRA;

Erica Paula de Negreiros, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Érika Soares Correia, psicóloga, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Flávia Oliveira Costa, agente redutora de danos, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Francegleidecy Cunha, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Galba Taciana Sarmento Vieira, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Georgina Brandão da Cruz, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Geovana Melo de Costa Araújo, coordenação clínica, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Gilson Alves da Silva, agente redutor de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Ivana Magaly Lima A. Carvalheira, coordenação clínica, CAPSad Estação Vicente Araújo;

João Marcelo Costa Ferreira, coordenação clínica, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

José Arturo Costa Escobar, biólogo, tutor/membro do GEAD;

Juliana Lins, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Karla Michelle Soares Dantas, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Kelma Oliveira da Silva, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho

Leonardo Wanderley Delgado, educador físico, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Luciana Cibelle Araújo dos Santos, assistente social, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Luigi Santos, agente redutor de danos, CMC Celeste Aída;

Lygia Batista da Silva Malzac, agente redutora de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Magaly Hellen dos Santos, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Magda da Silva Figueiroa, gerente operacional, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Marcelo Ferreira Leite, coordenação clínica, CAPSad Profo José Lucena;

Márcia Cristina Silva, gerente operacional, CMC Profo Antonio Nery Filho

Marcio Soares, agente redutor de danos, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Maria Ângela Bezerra Augusto de Lima, técnica em enfermagem, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Maria Carmem de A. Neves Trindade, gerente operacional, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Maria da Conceição de Melo Vasconcelos, gerente operacional, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Maria do Socorro Furtado Bastos, agente redutora de danos, CAPSad CPTRA;

Maria Edilene Souza Pereira, assistente social, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Maria Izabel G. dos Santos, assistente social, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Maria José de Moura, médica psiquiatra, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Maria Lucia Freire, gerente operacional, CAPSad Profo José Lucena;

Maria Suzy Feitosa da Silva, assistente social, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Marta de Souza Araújo, psicóloga, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Micheline Alves de Moraes, psicóloga, tutora/membro do GEAD;

Michelle Campos Carvalho, coordenação clínica, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Monica Maria dos Santos Bezerra, enfermeira, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Nelson Rodrigues da Costa, agente redutor de danos, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Olívia Correia Bandeira do Nascimento, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Patrícia Alves da Silva, assistente social, CAPSad Estação Vi-

cente Araújo;

Paula Moraes, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Paulo José Barroso de Aguiar Pessoa, gerente operacional, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Pollyanna Pimentel, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Priscila Cristina Linhares de Carvalho, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Priscilla Tainah Sá A. Lira, agente redutora de danos, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Rejane Silva de Farias, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Renata Barreto de Almeida, psicóloga, tutora/membro do GEAD;

Ricardo Alves da Cunha, agente redutor de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Ritta de Cássia Pantaleão, agente redutora de danos, CAPSad Profo José Lucena;

Roberta Eleonora Pontes Cavalcante, agente redutora de danos, CMC Profo Luiz Cerqueira;

Roberta Uchôa, assistente social, tutora/membro do GEAD;

Romualdo Mendonça de Lucena, assistente social, tutor/membro do GEAD;

Rosália Ernesto da Silva, agente redutora de danos, CR Estação Jandira Masur;

Rosana Almeida de Moraes, assistente social, CAPSad Profo Luiz Cerqueira;

Rossana Carla Rameh-de-Albuquerque, psicóloga, tutora/
membro do GEAD;

Ruth Bonow Theil, médica psiquiatra, CAPSad Profo José Lucena;

Sayonara Queiroz Coelho, agente redutora de danos, CAPSad CPTRA;

Selene Cordeiro Vasconcelos, enfermeira, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Sílvia de Oliveira Luna, terapeuta ocupacional, CAPSad Eulâmpio Cordeiro;

Soraya Araújo Uchoa Cavalcanti, assistente social, tutora/
membro do GEAD;

Suane Maria da Silva, agente redutora de danos, CAPSad Profo Renê Ribeiro;

Sueli Borges de Lima, gerente administrativa, CAPSad Estação Vicente Araújo;

Suzi M. S. de Arruda Falcão, assistente social, CMC Profo Antonio Nery Filho;

Vaneschka de Almeida Cipriano, agente redutora de danos, CAPSad Eulâmpio Cordeiro.