

POLÍTICAS PÚBLICAS E O USUÁRIO DE CRACK EM TRATAMENTO

PUBLIC POLICIES AND CRACK USER IN TREATMENT

POLÍTICAS PÚBLICAS Y EL USUARIO DE CRACK EN TRATAMIENTO

Camila Souza Almeida¹, Margarita Antônia Villar Luis²

RESUMO

Objetivos: compreender se as políticas atuais estão em conformidade com as demandas e necessidades dos usuários de *crack*. **Método:** trata-se de um estudo qualitativo, de natureza explicativa. A pesquisa ocorreu em um CAPS ad II e a amostra foi de conveniência. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com a aplicação da análise de conteúdo. **Resultados:** O usuário de *crack* é um indivíduo com demandas de reinserção social, tratamento, angústias e desejos que não encontra na maioria das vezes local ou pessoa, seja ela um profissional da saúde ou família, que lhe acolha. **Conclusão:** as políticas públicas atuais sobre drogas têm avanços significativos, mas ainda não conseguem abranger todas as nuances e complexidade do usuário de *crack* ou de outras drogas.

Descritores: Políticas públicas; Cocaína crack; Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: To understand whether current policies are in accordance with the demands and needs of crack users. **Method:** This is a qualitative study of an explanatory nature. The research took place in a CAPS ad II and the sample of convenience. Semi-structured interviews were conducted with the application of content analysis. **Results:** The crack user is an individual with demands for social reintegration, treatment, anxieties and desires that do not find in most of the local times or person, whether a health professional or family that welcome them. **Conclusion:** The current public policies on drugs have significant progress, but still can not cover all the nuances and complexity of crack users or other drugs.

Descriptors: Public policy; Cocaine crack; Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Comprender si las políticas actuales están de acuerdo con las demandas y necesidades de los consumidores de crack. **Método:** Se trata de un estudio cualitativo de carácter explicativo. La investigación se llevó a cabo en un anuncio de CAPS II y la muestra fue de conveniencia. Entrevistas semi-estructuradas se llevaron a cabo con la aplicación de análisis de contenido. **Resultados:** El usuario de crack es un individuo con exigencias de reinserción social, tratamiento, ansiedades y deseos que no encuentran en la mayoría de veces lugar o persona, ya sea un profesional de la salud o de la familia que les dan la bienvenida. **Conclusión:** Las políticas públicas actuales sobre drogas tienen avances significativos, pero todavía no pueden cubrir todos los matices y la complejidad de la grieta u otras drogas usuario.

Descritores: Políticas públicas; Cocaína crack; Enfermería.

¹Graduada em Enfermagem. Doutoranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. ²Graduada em Enfermagem. Doutora pela Universidade de São Paulo/USP - Ribeirão Preto.

Como citar este artigo

Almeida CS, Luis MAV. Políticas Públicas e o Usuário de Crack em Tratamento. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro. 2017;7:e1447. [Access _____]; Available in: _____. Doi: <http://dx.doi.org/10.19175/recom.v7i0.1447>

INTRODUÇÃO

Sabe-se que o uso de drogas está inserido na história da humanidade desde seus primórdios⁽¹⁾. A conexão do ser humano com a droga muda conforme o momento histórico vivenciado. Em seus primórdios era utilizada como forma de conexão entre os humanos e as entidades místicas. Atualmente, vivencia-se o consumo de drogas como mais um bem de mercado, seguindo a lógica capitalista vigente⁽⁴⁾. As políticas públicas voltadas para esse assunto também são criadas e implantadas conforme o contexto histórico-cultural⁽²⁾.

Entende-se que políticas públicas são um conjunto de ações coletivas voltadas para a garantia dos direitos dos indivíduos. Elas devem ser planejadas pelo poder público com o intuito da construção da sociedade, codificando suas normas e regras, o que acaba por ditar como será a conduta de determinado povo⁽¹⁾.

Dentre os vários problemas enfrentados pelos países nos últimos anos, tem-se a expansão do uso das drogas, o que acarreta grande preocupação por parte da sociedade, mídia e do poder executivo, sendo necessária a intervenção do Estado⁽¹⁾.

As políticas públicas direcionadas aos usuários de drogas no país são recentes, até a década de 20 não se tinha legislação sobre o assunto, sendo nessa época que se iniciou a regularização do consumo de drogas com leis restritivas e punições aos usuários. Em 1938, foi lançado o Decreto-Lei nº 891 que classifica o uso de drogas como doença de notificação compulsória que deveria ser tratada em locais especializados, os hospitais psiquiátricos. Até a década de 80 não se tinham ações de redução de oferta, prevenção ou reinserção desse usuário. Apenas na segunda metade dessa década, com a falência da estratégia de “guerra as drogas”, que se iniciou a criação de políticas públicas que atendessem os usuários de drogas e a problemática passou a ser percebida como um problema de saúde pública⁽²⁾.

No final da década de 80 surgiu em Santos/SP o movimento de redução de danos que visava inicialmente à prevenção do HIV, DST e hepatites, com foco na promoção da saúde, sendo estendida também a outros grupos de risco, como os usuários de drogas, buscava uma autorreorganização do indivíduo como primeiro

passo para a recuperação. Essa recuperação seria assim caracterizada pelo controle voluntário do consumo da substância, por uma melhora geral dos cuidados com a saúde e por um envolvimento social do indivíduo⁽⁷⁾, mas apenas em 1994 foi reconhecida como uma estratégia de saúde pública⁽²⁾.

Em 2003, foi lançada a política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, tendo como base os princípios do SUS e da reforma psiquiátrica. As orientações dessa política são o trabalho em rede, a participação do usuário, a criação dos serviços alternativos aos hospitais psiquiátricos, que são os centros de atenção psicossociais (CAPS), que trazem os CAPS específicos para os usuários de álcool e outras drogas (CAPS AD), orientados pela estratégia de redução de danos, prevenção, recuperação e reinserção social⁽⁵⁾.

Mesmo com os avanços das políticas públicas, percebe-se ainda uma discrepância entre o que está escrito e o que na prática ocorre. Os CAPS estão se tornando centros focados no modelo biomédico, além do aumento gradual das comunidades terapêuticas que é estratégia de tratamento distinta da adotada pelo CAPS⁽⁴⁾.

Especificamente sobre o *crack*, sabe-se que surgiu no final da década de 80 no Brasil e hoje é tema de campanhas de conscientização e tem programas específicos do governo para o seu combate, sendo um tema de inquietação universal, que pelo seu caráter enigmático, complexo e multidimensional é capaz de mobilizar a sociedade, os estudiosos, a mídia e até mesmo os religiosos⁽⁴⁾.

Quanto as políticas específicas sobre o *crack*, em 2010, o Ministério da Saúde lançou o plano integral de enfrentamento ao *crack* e outras drogas com foco na prevenção do uso, promoção da saúde e redução do risco e danos⁽³⁾.

A mídia propaga o *crack* e seus usuários como destruidores da ordem social, aumentando o estigma e a exclusão social⁽⁴⁾, dificultando ainda mais a procura por tratamento e reabilitação social. A rede de atenção psicossocial não está articulada, o número de CAPS ad é insuficiente e os profissionais da atenção básica se dizem despreparados para o cuidado ao usuário de drogas, tendo assim uma defasagem entre a política e o real.

Dentro desse contexto, o usuário fica sem voz e é tratado como um sujeito passivo das intervenções impostas por terceiros, sendo que dentro das políticas este deveria ser sujeito ativo nas decisões de seu tratamento. O presente estudo questionou os usuários de *crack* sobre os motivos que o levaram ao uso, quais as expectativas em relação às drogas, as estratégias de enfrentamento utilizadas e o manejo da dependência. Com esses dados, pretendeu-se entender se as políticas atuais são eficazes e estão em conformidade com as demandas e necessidades dos usuários de drogas, principalmente de *crack*, foco deste trabalho.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa que apresenta como foco o entendimento em profundidade dos fenômenos, seja pela observação, descrição ou análise da cultura de um determinado contexto. Trata-se de um estudo exploratório, que tem como objetivo o conhecimento da população-alvo do estudo, analisando suas características, problemas e perfis⁽⁶⁾.

Os referenciais teóricos foram as políticas públicas brasileiras e a terapia cognitivo-comportamental, de onde provém a prevenção de recaída que é baseada no modelo compensatório em que o indivíduo não é culpabilizado pelo uso da droga, mas levado a se responsabilizar pelas mudanças de comportamento. Os autores dividem os fatores que influenciam a recaída entre interpessoais e intrapessoais, os quais foram analisados durante as entrevistas deste trabalho⁽⁷⁾. Já o referencial metodológico utilizado foi o funcionalismo que é uma derivação do positivismo social que tem como um dos seus alicerces a reprodução das condições de existência de um grupo e a capacidade de descrever esse grupo em sua complexidade e movimentos integrativos⁽⁶⁾.

A pesquisa foi realizada em um CAPS ad II de uma cidade do interior do estado de Minas Gerais, situada na região Centro-Oeste. Esta possui 85.396 habitantes, no período de dezembro de 2013 a fevereiro de 2014.

Como forma de coleta de informações, utilizou-se um questionário sociocultural, com questões fechadas, que abordavam questões relativas à situação familiar, econômica, frequência de uso de outras drogas lícitas e ilícitas, para as se obter o perfil do usuário do local.

Também se realizou uma entrevista semiestruturada⁽⁸⁾ através de roteiro composto por duas modalidades de questões, perguntas fechadas, previamente uniformizadas para permitir a comparação de respostas entre os participantes da pesquisa e abertas que permitiram o aprofundamento dos temas. Durante o processo da entrevista foram inseridas outras questões conforme a necessidade de maior esclarecimento da pesquisadora. Para a formulação das questões foram utilizados os determinantes intrapessoais e interpessoais propostos pelo referencial teórico. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento do participante e tiveram duração média de 20 minutos.

A escolha dos participantes foi de conveniência e os critérios de inclusão foram sujeitos em tratamento no CAPS ad, que relatam ao menos um episódio de recaída do *crack*, sem comprometimento cognitivo grave; o participante deveria ser capaz de entender as questões propostas e conseguir articular suas ideias em frases e que se enquadrasse no diagnóstico de dependência em substâncias psicoativas pela CID-10.

O número de participantes foi definido pelo princípio de saturação dos dados, sendo realizadas 17 entrevistas, destes 14 usuários eram do sexo masculino, com média de 36,9 anos. O grau de escolaridade predominante foi o ensino fundamental completo. Nove relataram ser solteiros e o mesmo número se autodeclarou pardos. Quanto à religião, houve o mesmo número de protestantes e católicos, seis cada, e nove participantes referiram ter alguma fonte de renda, variando entre aposentadoria, benefício ou emprego.

De posse do material das entrevistas foi realizada a sua transcrição, leitura e aplicação das etapas previstas na análise de conteúdo proposto por Bardin⁽¹¹⁾. Cada entrevista, assim que concluída, recebeu um código alfanumérico que tinha a seguinte ordem: iniciais do nome do entrevistado seguidas da sua idade. Cada entrevista foi escutada três vezes pela pesquisadora e, em seguida, transcrita na íntegra; após, o material foi submetido a uma comparação com o áudio original.

Com o material transcrito iniciou-se a análise de conteúdo, seguindo as etapas de pré-análise, exploração do material e tratamento dos dados.

Todos os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo (número CAAE 19403913.2.0000.5393).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados mostraram as expectativas dos usuários em relação ao *crack*, os motivos que alegaram para o uso e as dificuldades enfrentadas no controle do mesmo. Também revelaram as iniciativas de busca de tratamento, as opiniões a respeito deste e sobre a sua adesão. O estudo revela os meandros vivenciados no caminho em direção à abstinência, permeado pela recaída e a exposição aos gatilhos que podem levar a lapsos recaídas ou auxiliar na abstinência.

Motivos do uso

Os motivos para o uso de *crack* que serão apresentados estão vinculados principalmente aos estados emocionais e situações vivenciadas no cotidiano. As políticas públicas atuais estão focadas na reinserção social e redução de danos, sendo que a prevenção deveria ser fortalecida, especialmente na atenção básica de saúde, com as estratégias de saúde da família (ESFs) como bases para a prevenção primária, sendo necessário o reconhecimento dos indivíduos em risco de uso ou já em uso abusivo e a realização dos devidos encaminhamentos e acompanhamentos⁽¹⁰⁾.

As escolas promotoras de saúde também são ótimos espaços para que o jovem aprenda a lidar com seus sentimentos, frustrações e dilemas e que não faça do uso da droga um caminho para a resolução destes⁽¹⁶⁾.

Percebeu-se durante os relatos dos participantes que o início do uso se deu através de outras substâncias psicoativas, principalmente da maconha durante a adolescência e só após alguns anos o *crack* foi introduzido. As outras substâncias utilizadas anteriormente ou concomitante ao *crack* não foram consideradas nocivas.

“Com 15 anos eu já usava a maconha. O *crack* já tem 20 anos que eu uso. Agora eu não sei o que me fez fazer isso.” (WLM41)

“Enquanto eu usava só maconha eu trabalhava lá como técnico, mas depois que eu conheci o crack... acabou [...]” (MRAF33)

O que corrobora com outro estudo que aponta o início precoce do uso de qualquer

substância psicoativa, principalmente as lícitas, como fator de risco para o uso de *crack* e cocaína na idade adulta⁽¹⁷⁾. O que se percebe nas políticas públicas atuais é o foco no combate ao uso de substâncias ilícitas através de campanhas informativas para os jovens, sendo que na mídia e nos esportes há propagandas incentivando o uso de substâncias lícitas, principalmente o álcool, o que é contrassenso, já que o consumo de substâncias ilícitas se inicia com as lícitas⁽⁹⁾.

A forma de obtenção do *crack* se dava através de venda ou penhora de bens pessoais ou da família, sendo que nenhum participante citou o furto como forma de obtenção da substância. Estudo nacional aponta que apenas 6,4% dos entrevistados relataram envolvimento em atividades ilegais para a obtenção de *crack*⁽¹²⁾. O que também se contrapõe com o que é divulgado na mídia e pelo senso comum, em que os usuários de *crack* são culpabilizados e estigmatizados como indivíduos que devem ser tratados ou como doentes ou como criminosos, reforçando o preconceito já existente e dificultando o acolhimento destes na rede de saúde⁽¹³⁾.

“Não roubava, comprava através do trabalho, eu nunca roubei nada.” (RAS31)

A prostituição aparece no presente estudo apenas vinculada ao sexo feminino, reforçando a vulnerabilidade desse gênero. O que se tem são políticas públicas embasadas nas necessidades masculinas, sendo que é de extrema importância programas sobre drogas que abarquem as especificidades femininas, como trabalho com sexo, abuso sexual, cuidado com as crianças, entre outros, e que diminuam os estigmas e desaprovação do uso devido ao gênero.

“Eu me prostituía mesmo.” (CGL29)

Após o início do uso, geralmente na adolescência, tem-se os motivadores para a continuidade deste, que nesta pesquisa foram apontados como as situações vivenciadas no cotidiano, estados emocionais, momentos de lazer e uso de outra substância psicoativa.

Sendo os estados emocionais a principal causa do uso de *crack*, uma pesquisa descreve que 36% das pessoas que fazem uso de drogas são em razão dos problemas de ordem emocional, como a depressão e a timidez⁽⁹⁾.

“(...) quando eu ficava com raiva de alguma coisa também aí eu ia beber e quando eu bebia dava vontade de usar também.” (RAS31)

“Não sei, uma ansiedade, uma fissura! Uma coisa assim inexplicável.” (CAGL29)

Sobre as situações vivenciadas, os participantes relataram os fracassos como principais desencadeadores do uso de *crack*, seguidos pelas relações conjugais conturbadas e ainda foi mencionada a ociosidade (não ter o que fazer) como desencadeante para o uso. Pesquisa aponta que, para 29,15% dos usuários, os problemas familiares ou perdas afetivas os motivaram ao uso de drogas, além das relações disfuncionais e as brigas de casal constantes⁽¹²⁾.

“O pai dos meus filhos usava, aí eu fui tentar ajudar ele e eu não consegui, eu me senti uma fracassada. Daí comecei a usar também.” (CAGL29)

“Eu usava porque não tinha nada para fazer.” (VAG52)

Outro motivador para o uso de *crack* relatado pelos participantes foi relacionado aos momentos de prazer, sendo as companhias e os momentos de extroversão mencionados, assim como o uso de bebidas alcoólicas.

“A droga em si não era o problema, eu usava em pequenas doses, mas quando eu comecei a envolver a droga com sexo, festa, com farra e adrenalina aí desencadeou o problema.” (HJM47)

“Para mim a bebida e a droga são uma combinação, quando eu bebia dava vontade de usar a droga e quando eu usava a droga dava vontade de beber. Aí eu bebia demais e usava droga.” (RAS31)

Esses motivadores poderiam ser mais abordados através da prevenção do uso de drogas da secretária de projetos especiais, do ministério da Educação, com enfoque na educação afetiva como forma de promoção da saúde, que com técnicas apropriadas desenvolvem a autoestima, a capacidade de lidar com as frustrações e angústias, além de resistir às pressões de amigos e da comunidade, incentivando o cuidado com a saúde e o bem-estar em geral⁽⁹⁾.

Expectativas em relação ao uso de substâncias psicoativas

A adolescência é um período de descoberta e muitos jovens fazem o uso da droga por curiosidades ou até mesmo pela expectativa de se ter novas experiências e sensações, por isso campanhas públicas sobre drogas não devem apenas abordar o não uso, mas serem informativas, relatando os efeitos positivos e negativos do uso de maneira crítica e científica⁽²⁰⁾.

Como falar em vida sem drogas ou em melhora da qualidade de vida para indivíduos que muitas vezes não possuem condições mínimas de habitação, educação, saneamento básico ou segurança? Indivíduos sem objetivos palpáveis podem fazer do uso da droga uma alternativa. Assim, o Estado deve fornecer as condições mínimas de qualidade de vida para os indivíduos⁽²⁰⁾.

Quando a pessoa experimenta a droga, ela espera alcançar algo, como um estado de prazer ou desligamento ou até mesmo uma forma de enfrentamento de situações consideradas como insuportáveis⁽⁷⁾. A principal expectativa citada foi poder lidar com acontecimentos, como perdas e sentimento de incapacidade perante eventos incontroláveis. Esse achado corrobora com estudo que aponta as dificuldades dos usuários de droga em lidar com frustrações, perdas e conflitos, assim a droga passa a ser um meio de lidar com a realidade não suportada⁽¹⁷⁾.

“Uai, eu perdi meu noivo e eu queria morrer. Eu entrei no *crack* porque eu queria morrer.” (FAG35)

Daí a importância de programas governamentais embasados na redução de danos que têm como objetivo o empoderamento desse usuário sobre a sua saúde e escolhas, sendo que quando este se sente acolhido e apoiado se tem a diminuição do consumo e gera-se produção de saúde⁽¹³⁾.

A ideia de não ficarem “viciados” e que o uso era apenas por curiosidade também esteve presente no estudo, o que concorda com outro que aponta que em média 63% dos usuários de drogas informaram terem iniciado o uso por curiosidade⁽¹⁸⁾.

“Curiosidade para saber como que é e tal, mas na verdade foi uma falsa fuga, para mim é uma fuga, hoje em dia eu vejo.” (MAL45)

Informações sobre as drogas são de extrema importância, mas citar apenas os efeitos negativos do uso, negando os seus benefícios, não é uma abordagem produtiva, já que muitos experimentam por um ato de afronta à sociedade ou até mesmo de testar seus limites, por isso a importância de informações científicas, sem estigmas, que levem principalmente o jovem a refletir sobre suas escolhas, desenvolvendo seu pensamento crítico.

O uso específico para o lazer e para facilitar o contato interpessoal foi mencionado no estudo, a droga como algo que socializa que faz com que a pessoa pertença a algum lugar⁽¹⁷⁾.

O uso de drogas sempre esteve vinculado à civilização como forma de socialização, tratar o uso apenas como algo judicial ou médico é reduzir o ser humano por trás do uso, promovendo a perda da individualidade desse sujeito⁽¹⁴⁾.

“Prazer. Como disse Dalai Lama que tem gente que fala... se confunde dizendo que usar droga é incoerente, mentira! Usar droga é coerente com seus objetivos, se seu objetivo é ter prazeres fugazes e inconsequentes a droga é lógica... se você almeja melhorar de vida, ter uma vida social e construir uma família sólida, não! Depende de seus objetivos, meus objetivos na época era ter prazeres fugazes...” (HJM47)

Um participante mencionou que o uso de drogas estaria relacionado ao “erro de caráter”, pois a crença de alguns pacientes de que o uso de drogas seria devido à personalidade, de ser algo ligado ao caráter, também foi mencionado em outro estudo⁽¹⁷⁾.

“A gente usa a droga por erro de caráter.” (WEN28)

Essa perspectiva aparece ainda em alguns programas de recuperação, principalmente de cunho religioso, como os adotados em algumas comunidades terapêuticas, que utilizam o modelo moral de tratamento, embasado na moral cristã de que o indivíduo consegue mudar se esse tiver força de vontade e “fibra moral”; caso ele não consiga, “o fracasso” seria devido a um erro interno⁽¹⁵⁾. O que mostra que o modelo brasileiro é antagônico, pois ao mesmo tempo em que se tem a política de redução de danos, com os CAPS ad como modelo, coexistem as comunidades terapêuticas que são embasadas na política de abstinência total⁽¹⁴⁾.

Manejo da dependência (lidar com a dependência)

Sobre o manejo da dependência, o país tem duas estratégias de tratamento coexistentes, a que tem como base a redução de danos e a da abstinência total. A estratégia adotada pelas comunidades terapêuticas é a da abstinência total, nesta vê-se o tratamento pela disciplina, o enfoque no modelo médico, centrado nos estudos de caso e na medicalização, desconsiderando muitas das vezes o contexto social do indivíduo e o significado que ele dá ao uso das drogas⁽⁴⁾.

Os CAPS ad são serviços extra-hospitalares que têm como estratégia a redução de danos e que devem estar articulados ao restante da rede

de atenção psicossocial (RAPS). A atenção primária de saúde (APS) deveria ser o centro do cuidado, sendo nela que o usuário deve ser acolhido e acompanhado, devendo ser encaminhando para os CAPS ad apenas quando as estratégias de cuidado da APS se mostrarem insuficientes ou ineficazes⁽¹⁰⁾.

Em relação à autoeficácia, ou seja, a confiança que o indivíduo tem em lidar com um acontecimento⁽⁷⁾, os participantes citaram as dificuldades em se manterem abstinentes ou controlados, sendo que a fissura é vista como o maior dificultador, chegando a fazer uma ligação da fissura com algo orgânico, que estaria no sangue.

“Não sei te dizer, é uma vontade inexplicável... inexplicável... é uma vontade... parece que está no sangue. Uma vontade terrível de usar.” (FAG35)

A recaída foi citada pelos participantes como algo recorrente. Os períodos de reclusão em comunidades terapêuticas foram momentos de abstinência, mas logo após a saída desses locais ocorreu a recaída, fato corroborado por estudo ao relatar que, após longos períodos de reclusão, a recaída é fator predominante⁽¹⁷⁾.

“Eu segurei oito anos, quando fiquei em uma fazenda católica, aí eu recaí e fui para uma fazenda evangélica e fiquei lá uns seis meses. Agora eu dei uma recaída de março para cá eu tive uma recaída, voltei dobrado.” (RCR54)

O correto seria que, após esse período de reclusão para tratamento, esses pacientes fossem reinseridos na comunidade e acolhidos pela atenção primária de saúde para continuidade do acompanhamento, evitando, assim, que recaídas ocorressem de maneira tão recorrente e sem o suporte de uma equipe.

O desconhecimento do problema também apareceu na fala de um participante. A desinformação ou até mesmo não reconhecer e aceitar os danos decorrentes do uso dificulta o processo de controle⁽¹⁷⁾.

“Enquanto você não reconhecer que você é um doente da droga, que aquilo é uma doença, você tem justificativa para usar ela, enquanto eu não percebi que eu era um doente um dependente da droga, eu não consegui parar.” (MAL45)

O medo da volta ao uso existia nos participantes, o que também está presente em estudos sobre a temática, os quais referem que indivíduos que fazem uso de drogas⁽⁷⁾ têm muitas incertezas e medos quando se questionam se

serão capazes de transpor as barreiras do uso⁽⁹⁾, por isso a importância do fortalecimento da rede psicossocial para que ocorra um atendimento integral ao indivíduo, fortalecendo os laços com a sociedade e dando-lhe um papel social⁽¹⁶⁾.

“Não, eu não me sinto totalmente fortalecida não. Porque pode vim a recaída.” (CAGL29)

“Eu tenho muito medo, mas eu vou ser forte, quero ser forte.” (FAG35)

Sobre a expectativa de controle, um participante ligou o fato do controle do uso com a mudança de perspectiva e metas de vida, outro relatou não sentir mais vontade, conseguindo levar uma vida longe das drogas e um terceiro falou do benefício de estar frequentando uma religião e de ter planos futuros.

“Se o seu objetivo diverge com o da droga, você vai se afastar. Na verdade, você tem que tratar a causa, que é a falta de objetivos... Força eu sempre tive, só não tinha interesse.” (HJM47)

Estratégias de enfrentamento

As estratégias de enfrentamento englobam os artifícios utilizados pelo indivíduo para superar situações tidas como de alto risco⁽⁷⁾. O usuário quando tenta o não uso do *crack* ou quando sai de longos períodos de internação precisa de uma ressignificação de seu papel social e individual e para isso é necessário que a família em que essa pessoa está inserida esteja em acompanhamento para ajudar nesse processo de mudança, além de acompanhamento do indivíduo pela atenção primária e se necessário do CAPS ad.

Neste estudo, a estratégia mais relatada foi a de buscar uma ocupação, já que a abstinência provoca uma sensação de vazio relacionado à falta de significância e de esperança no futuro⁽¹⁹⁾. Os programas de geração de renda e reinserção do usuário na sociedade são primordiais nesse sentido. Os CAPS ad devem se manter mais próximos aos demais locais da rede psicossocial para facilitar esse intercâmbio do usuário, pois senão pode ocorrer a cronificação desse usuário no CAPS ad correndo o risco de manicomialização do mesmo⁽¹⁶⁾.

“Eu tenho que ficar o tempo todo ocupando minha cabeça com alguma coisa.” (RAS31)

Outro fato citado como estratégia foi o querer mudar, ter prontidão para mudança.

“Agora sim, antes não. Antes eu não queria não, por isso não tinha parado. O pessoal pegou no meu pé, forçou a barra. A primeira vez que

parei eu não queria parar não, quando juntou a “metade do mundo”, o mundo inteiro se juntou e se inspirou para eu internar, eu não queria parar, isso não faz ninguém parar e várias pessoas que eu conheço que não tinham motivação todos voltaram (...)” (HJM47)

Tiveram também as categorias: Frequentar o grupo; O uso de outras substâncias psicoativas (SPA); Apego à crença religiosa; Uso da medicação; e O ficar em casa.

Na categoria “Frequentar o grupo”, os participantes citaram o CAPS e os narcóticos anônimos.

“Aqui é bom, aqui o tratamento é bom. [...] fiquei rodando por aí uns seis meses aí vim para cá.” (VAG52)

Havia a expectativa de que o CAPS ad (citado apenas por dois participantes) fosse mais utilizado como meio de enfrentamento e visto como um local estratégico para os que o frequentam, o que não ocorreu, e não há elementos que indiquem as possíveis razões, talvez exista a questão do estigma social, por ser um serviço especializado em álcool e drogas, com grande visibilidade perante a sociedade^(4,17). O frequentar o CAPS ad apareceu menos vezes nas falas dos participantes como estratégia de enfrentamento do que a maconha utilizada como calmante. Essa substância também foi mencionada com o mesmo propósito em estudo que destaca o uso não apenas da maconha, mas do álcool como estratégias utilizadas pelos usuários de *crack*⁽¹⁹⁾.

“Quando dá vontade de fumar crack eu fumo um baseado, aí eu paro e fico calmo, fico tranquilo.” (RCR54)

Frequentar um grupo religioso, “ter fé” em algo, também foi visto como facilitador no processo de não uso de droga. Destaca-se que esses grupos religiosos têm um papel semelhante aos dos de autoajuda.

“Vou à igreja, oro, procuro o senhor.” (GDR49)

Outros estudos corroboram esse item ao citarem a religião como uma estratégia de enfrentamento predominante⁽¹⁷⁾. As religiões assim como os grupos de autoajuda substituem muitas vezes as lacunas deixadas pelos órgãos públicos, sendo que as ONGS aparecem com mais relevância em certas cidades do que os locais de tratamento governamentais.

Desviar dos pontos de venda da SPA e de amigos de uso também apareceu como estratégia nesta pesquisa. A retirada do sujeito do meio

social e físico que pode fazê-lo lembrar do uso ou até mesmo levá-lo a consumir é fundamental para o processo de recuperação⁽¹⁹⁾.

“Antes eu vinha aqui na quinta e passava lá no ponto para buscar, mas já tem um mês que eu estou dando a volta, mudando de lado para não ter contato, para não ir lá.” (FAG35).

Os dados apresentados demonstram uma fragilidade das políticas públicas quanto ao acompanhamento integral desses usuários. Muitas vezes, esses usuários e suas famílias procuram os CAPS AD apenas em momentos de crise e não é realizado um acompanhamento após a alta, assim os pacientes ficam sem acompanhamento na atenção primária de saúde. Além do que seria necessário que a rede de atenção psicossocial fosse capaz de absorver esses usuários, conseguindo de fato sua reinserção na sociedade, mas a rede se mostra ainda frágil e fragmentada, pautada em ações isoladas e individuais de alguns profissionais que nela atuam.

CONCLUSÃO

Ao se dar voz ao usuário de *crack*, percebe-se uma riqueza de informações que as políticas públicas brasileiras não conseguem abranger. O indivíduo que faz uso do *crack* não deve ser vinculado apenas ao uso da droga, é de extrema importância que ele seja percebido em sua totalidade. As políticas públicas atuais já avançaram muito em termos de perceber o usuário de drogas como ser político, mas na prática assistencialista ainda se tem lacunas.

Percebe-se o CAPS ad ainda muito isolado do restante da rede psicossocial, principalmente da atenção primária, sendo esses locais e as comunidades terapêuticas consideradas os únicos locais para tratamento de dependentes químicos, sendo que os usuários ficam sem conseguir um papel social diferente do de “dependente”. Quanto ao gênero, são urgentes políticas públicas específicas para a mulher usuária de drogas e que estas sejam acolhidas em suas unidades de saúde.

Os profissionais de saúde, principalmente enfermeiros que estão na linha de frente do cuidado na atenção primária, necessitam se apropriar mais sobre a temática, e não apenas encaminhar os pacientes para os centros especializados. Importante que façam prevenção e promoção de saúde com sua população identificando as famílias e indivíduos em risco ou abuso de drogas.

Enfim, as políticas públicas devem ser capazes de reconhecer o usuário de *crack* e outras drogas como um ser de direitos e desejos, que fizeram do uso da droga uma forma de se expressarem, cabe às políticas públicas e profissionais envolvidos no trato com os usuários aprender a compreender o que eles desejam expressar.

REFERÊNCIAS

1. Santos JAT, Oliveira MLF. Políticas públicas sobre álcool e outras drogas: breve resgate histórico. J. Nurs Health. 2012 jan/jun; 1(2):82-93. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/download/3449/2834>
2. Machado LV, Boarini ML. Políticas sobre drogas no Brasil: a estratégia de redução de danos. Psicol. ciênc. prof. 2013; 33(3): 580-95. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v33n3/v33n3a06.pdf>
3. Ministério da Saúde (BR). Portaria no 1.190, de 04 de junho de 2009. Institui o Plano Emergencial de Ampliação do Acesso ao Tratamento e Prevenção em Álcool e outras Drogas no Sistema Único de Saúde - SUS (PEAD 2009-2010) e define suas diretrizes gerais, ações e metas. Brasília; 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1190_04_06_2009.html
4. Medeiros Regina. Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. Saúde Soc. 2014; 23(1):105-17. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v23n1/0104-1290-sausoc-23-01-00105.pdf>
5. Ministério da Saúde (BR). A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Brasília; 2004. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pns_alcool_drogas.pdf
6. Minayo MCS. Correntes do pensamento. IN: Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Editora: Hucitec, 2014, p. 81-142.
7. Marlatt GA, Witkiewitz K. Problemas com álcool e drogas. IN: Marlatt GA; Donovan DM. Prevenção de recaída. São Paulo: Artmed; 2009.p. 15-50.
8. Creswell JW. Research design: qualitative, quantitative and mixed methods approaches. 3ª edição, Thousand Oaks: Sage Publications; 2009.
9. Gryscek G, Pinto AAM. Saúde mental: como as equipes de saúde da família podem integrar esse

cuidado na atenção básica? Ciênc. Saúde coletiva. 2015; 20(10):3255-62. Disponível em www.scielo.org/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3255.pdf

10. Silva WS, Peres, RS. Concepções sobre álcool e outras drogas na atenção básica: o pacto denegativo dos profissionais de Saúde. Psicol. ciênc. prof. 2014; 34(2):474-87. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v34n2/v34n2a15.pdf>

11. Bardin Laurence. Análise de Conteúdo. 4ª Edição. Lisboa: Edições 70, 2009.

12. Francisco IB, Neiliane B, organizadores. Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/semelhantes do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras? Rio de Janeiro: ICICT/ FIOCRUZ; 2014. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/Pesquisa%20Nacional%20sobre%20o%20Uso%20de%20Crack.pdf>

13. Passos EH, Souza TP. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. Psicol. soc. 2011; 23(1): 154-162. Disponível em: http://www.observasmjc.uff.br/psm/uploads/30REDU%C3%87%C3%83O_DE_DANOS_E_SA%C3%9ADE_P%C3%9ABLICA.pdf

14. Vasconcelos MGF et al. Práticas inovadoras de saúde mental na atenção básica: apoio matricial na redefinição do processo de trabalho em saúde. Cad. Bras. Saúde Mental. 2012; 4(8): 166-75. Disponível em: <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2031>

15. Perrone PAK. A comunidade terapêutica para recuperação da dependência do álcool e outras drogas no Brasil: mão ou contramão da reforma psiquiátrica? Ciênc. Saúde coletiva. 2014; 19(2): 569-80. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v19n2/1413-8123-csc-19-02-00569.pdf>

16. Costa AG et al. Drogas em áreas de risco: o que dizem os jovens. Physis (Rio J.)2012; 22(2): 803-19. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/21.pdf>

17. Pedroso RS, Kessler F, Pechans KYF. Treatment of female and male inpatient crack users: a qualitative study. Trends Psychiatry Psychother., 2013; 35(1): 36-45. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/trends/v35n1/a05v35n1.pdf>

18. Horta RL et al. Influência da família no consumo de crack J. bras. Psiquiatr. 2014; 63(2):104-12. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0104.pdf>

19. Fiestas F, Ponce J. Eficacia de las comunidades terapêuticas em el tratamiento de problemas por uso de substancias psicoactivas: una revisión sistemática Rev. peru. med. exp. salud publica. 2012; 29(1):12-20. Disponível:

<http://www.scielo.org/pdf/rpmesp/v29n1/a03v29n1.pdf>

20. Gehlen MH. Significados da prática educativa em unidade de desintoxicação química. Cogitare Enferm. 2013; 18(2): 317-22. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cclin/v5n1/v5n1a08.pdf>

Nota: Este artigo faz parte da dissertação intitulada: “determinantes intrapessoais e interpessoais do processo de recaída em usuários de crack”.

Recebido em: 01/06/2016

Versão final apresentada em: 30/05/2017

Aprovado em: 30/05/2017

Endereço de correspondência:

Camila Souza de Almeida

Av. Alfredo Balena, 190, Escola de Enfermagem UFMG sala 402, Bairro Santa Efigênia

CEP: - 30130-100 Belo Horizonte/MG - Brasil

E- mail: csalmeida_1@hotmail.com