



**Crack: Levantamento de Programas de Saúde e Legislações  
Relacionadas com Drogas de Abuso, Discussão e  
Perspectivas Futuras**

**Crack: Review of Health Programs and Legislation Related to Abuse  
Drugs, Discussion and Future Perspectives**

**Crack: Programas Encuesta de Salud y la Legislación Relacionada con  
el Abuso de Drogas, Discusión y Perspectivas**

André Rinaldi Fukushima<sup>1,2</sup>, Paula Braggion Salgado<sup>2</sup>, Renata Freitas Bastos<sup>2</sup>,  
Sabrina Galdino Marçal Pinto<sup>2</sup>, Thais Santos de Sousa<sup>2</sup>,  
Juliana Corrêa Sanchez da Silva<sup>2</sup>, Helenice de Souza Spinosa<sup>1</sup>, Fernando Ponce<sup>1,3</sup>

<sup>1</sup> *Departamento de Patologia, Faculdade de Veterinária e Zootecnia (FMVZ),  
Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, SP, Brasil*

<sup>2</sup> *Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Universidade São Judas Tadeu (USJT),  
São Paulo, SP, Brasil*

<sup>3</sup> *Universidade de Guarulhos, Guarulhos, SP, Brasil*

Received 24 January 2017

**Resumo:** A descoberta da chegada do *crack* às ruas de diversos países, inclusive o Brasil se deu na década de 1980. O *crack* é uma droga derivada da cocaína que por sua vez possui um início de ação muito mais rápido do que quando comparado a outras formas de uso da cocaína, o que é justificado por sua via de administração (fumo), contribuindo então para progressão rápida de dependência da droga. A dependência química deve ser considerada uma doença complexa, que necessita de estratégias e modelos de atenção específicos, envolvendo equipes multidisciplinares a fim de tratar e reintegrar o usuário de maneira humana e ética perante a sociedade. Diante dessa problemática foi realizado um levantamento de leis relacionadas com a drogadição, bem como verificada a eficácia e as problemáticas encontradas nos projetos oferecidos pelo SUS para estes usuários. O SUS, atualmente, oferece aos usuários serviços e tratamentos que não colaboram em tempo

integral para sua reabilitação bem como não suportam o número de usuários que buscam pelo tratamento. Estes serviços são embasados nas leis que, em sua grande maioria são interpretativas. As leis não definem um padrão qualificado de atenção e tratamento a estes usuários, bem como não diferencia traficantes de usuários, cabendo aos juízes a responsabilidade de definir o individuo que deverá ser encaminhado para tratamento e o individuo que deverá ser julgado pelo sistema criminal. A prevenção é um grande passo para a redução do número de dependentes de *crack*.

**Palavras-Chave:** *Crack*, SUS, Tratamento, Prevenção, Saúde Pública, Legislação.

**Abstract:** The discovery of the arrival of crack to the streets of several countries, including Brazil took place in the 1980s. Crack is a drug derived from cocaine which in turn has a much faster onset of action than when compared to other forms of use of cocaine it's justified by its route of administration (smoking), then contributing to rapid progression of drug dependence. The addiction should be considered a complex disease that requires strategies and specific models of care involving multidisciplinary teams to treat and reintegrate the user humanely and ethics in society. Faced with this problem, was conducted a survey of laws related to drug addiction, as well as verified the effectiveness and the problems encountered in projects offered by SUS (Sistema Único de Saúde) for these users. The SUS currently provides users with services and treatments that do not collaborate full-time for their rehabilitation and do not support the number of users seeking for treatment. These services are grounded in the laws that are mostly failures. The laws do not define a standard of skilled care and treatment to these users, and does not differentiate traffickers of users, leaving the judges the responsibility to define the individual who should be referred for treatment and the individual who should be tried by the criminal justice system. Prevention is a big step towards reducing the number of dependents of crack.

**Keywords:** Crack; SUS, Treatment; Prevention; Public Safety; Legislation.

**Resumen:** El descubrimiento de la llegada de la grieta a las calles de varios países, incluyendo Brasil se produjo en la década de 1980. La grieta se deriva de la droga cocaína que a su vez tiene un inicio más rápido de acción que, en comparación con otras formas de el consumo de cocaína, que se justifica por su vía de administración (fumar), por lo que contribuye a la rápida progresión de la drogodependencia. La adicción debe ser considerada como una enfermedad compleja que requiere de estrategias específicas y modelos de atención, la participación de equipos multidisciplinarios para tratar y reintegrar al usuario con humanidad y la ética en la sociedad. Teniendo en cuenta esta cuestión se llevó a cabo un estudio de las leyes relacionadas con la adicción a las drogas, y verificó la eficacia y los problemas encontrados en los proyectos ofrecidos por el SUS para estos usuarios. El NHS

actualmente proporciona a los usuarios con servicios y tratamientos que no funcionan tiempo juntos completo para su rehabilitación y no son compatibles con el número de usuarios que buscan tratamiento para. Estos servicios se basan en las leyes que en su mayoría son de interpretación. Las leyes no definen un estándar cualificado de la atención y el tratamiento de estos usuarios, así como los distribuidores no diferencian los usuarios, dejando en manos de los jueces la responsabilidad de definir la persona que debe ser sometida a tratamiento y la persona a ser juzgada por el sistema de justicia criminal. La prevención es un paso importante hacia la reducción del número de adictos al crack.

**Palabra Clave:** Crack, SUS, Tratamiento, Prevención, Salud Pública, Legislación.

## 1. Introdução

As drogas sempre existiram ao longo da história da humanidade e em todas as culturas. Os homens, em busca de prazer ou mesmo para atenuar seu sofrimento psíquico ou físico, utilizam substâncias que lhes produzem um estado artificial de bem-estar<sup>1</sup>

O *crack* surgiu entre 1984 e 1985 nos bairros pobres e marginalizados de Los Angeles, Nova York e Miami. Os cristais eram fumados em cachimbos e estralavam (*cracking*) quando expostos ao fogo, características que lhe conferiu o nome *crack*<sup>2</sup>.

O enfrentamento ao consumo abusivo de substâncias psicoativas consiste em uma problemática mundial, pois, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 10% das populações dos centros urbanos de todo o mundo as consomem abusivamente independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo<sup>3</sup>.

Para a Organização Mundial da Saúde, o uso de drogas constitui um problema crescente da saúde pública, tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento. As consequências negativas dessa situação se traduzem em ampla gama de problemas de saúde, repercussões familiares e sociais, além de um significativo impacto econômico para as nações<sup>4</sup>.

A dependência química se impõe como um problema de saúde pública e como tal, requer um modelo de atenção incluindo a promoção da saúde, o enfoque na prevenção do uso e abuso visando produzir as transformações sociais que propiciem uma melhor qualidade de vida da sociedade como um todo<sup>5</sup>.

Nesse sentido, é necessária a observação de outro prisma, reavaliando o conceito de que é um problema exclusivo do usuário, abordando-o por meio de

medidas repressivas ou de comiseração na perspectiva do modelo moral, para tratá-lo como uma questão que afeta a todos; usuários, família e sociedade, ou seja, uma visão holística considerando os múltiplos desdobramentos do fenômeno econômicos, políticos e socioculturais<sup>5</sup>.

A definição clássica de dependência química consiste em uma doença crônica e recidivante, na qual o uso continuado de substâncias psicoativas provoca mudanças na estrutura e no funcionamento do sistema nervoso central devido seu elevado poder de plasticidade<sup>6</sup>.

Apesar de faltarem estimativas oficiais recentes, dados preliminares apontam que 1,2% da população usa ou já usou *crack*. Ou seja, 2,3 milhões de brasileiros, segundo o censo de 2010<sup>7</sup>.

Assim como qualquer entidade nosológica, a dependência química deve ser considerada uma doença complexa, que necessita de estratégias e modelos de atenção específicos para que possa atingir um bom prognóstico, tratando esse usuário de maneira humana e ética perante a sociedade<sup>8</sup>.

Segundo dados da pesquisa de Mapeamento do *crack* nos municípios brasileiros, realizada em novembro de 2010, em 1.902 municípios são realizadas campanhas contra o uso de *crack* e outras drogas. Porém somente 134 já tinham convênio com o governo federal no âmbito do Plano Integrado de enfrentamento do *crack* e outras drogas. Em 948 cidades as prefeituras ajudam entidades que tratam dependentes químicos<sup>7</sup>.

Algumas evidências apontam para o surgimento da substância em bairros da Zona Leste (São Mateus, Cidade Tiradentes, Itaim Paulista), para em seguida alcançar a região da Estação da Luz (conhecida como “Cracolândia”) no centro da cidade. A partir daí se espalhou em vários pontos da cidade, estimulado pelo ambiente de exclusão social<sup>9</sup>.

Os serviços ambulatoriais especializados começaram a sentir impacto do crescimento do consumo a partir do início dos anos 90, quando a proporção de usuários de *crack* aumentou de 17% (1990) para 64% (1993), entre dependentes de cocaína que buscavam tratamento<sup>10</sup>.

## 2. Prevenção

Entende-se por prevenção o esforço de se antecipar à doença, como ato ou efeito de prevenir, de precaver, de chegar antes, de evitar algum dano. É a disposição ou

preparo antecipado, preventivo, ou o modo de ver antecipado. Prevenir, como o próprio nome diz, é também prever, não apenas impedir<sup>11</sup>.

A prevenção ao uso de drogas busca grupos específicos (crianças, adolescentes, comunidades, escolas), incentivando-os a buscarem seu desenvolvimento integral, através de vivências pessoais<sup>11</sup>.

Os adolescentes, cujo corpo e mente se encontram em fase de transformação, constituem uma população de risco em relação ao uso de drogas<sup>12</sup> e principalmente ao uso de *crack*, devido sua grande disponibilidade desde seus primeiros relatos de uso no Brasil<sup>13</sup>.

Segundo Schwoelk (2008), há grande preocupação em relação ao uso de *crack* por crianças, pela grande disponibilidade do mesmo. O uso de substâncias em idades precoces tem impacto no desenvolvimento da criança, além dos efeitos psicoativos das substâncias e as diversas consequências como a violência devido aos fatores estressores encontrados nos ambientes de uso e tráfico de *crack*<sup>13</sup>.

Os dados sobre exposição ao *crack* e cocaína em idades precoces ainda limitados, sendo geralmente obtidos através de relatos de caso o que dificulta os estudos epidemiológicos.

A prevenção ao uso de substâncias se apresenta como grande desafio há muitos anos. As intervenções repressivas para o controle das drogas foram as que receberam maior destaque ao longo das últimas décadas; no entanto, não se mostraram efetivas na prevenção e diminuição do uso de drogas. Sendo assim, torna-se importante o desenvolvimento de intervenções complementares, voltadas à prevenção, incluindo trabalhos direcionados para os demais fatores que envolvem o uso de drogas, ou seja, o indivíduo e o meio social em que se encontra<sup>13</sup>. A prevenção pode ser realizada em diferentes níveis.

## **2.1 Prevenção primária**

Consiste no conjunto de ações que procuram evitar a incidência de novos casos de uso abusivo de *crack* ou até mesmo o primeiro uso<sup>13</sup>. Esse tipo de prevenção normalmente é realizada dentro de diferentes enfoques, sendo a divulgação de informações o mais conhecido. Dentro dos modelos informativos, destacam-se duas vertentes principais, o modelo baseado no amedrontamento (divulgação apenas dos prejuízos causados pelas drogas), que é atualmente considerado inadequado, embora

já tenha sido muito utilizado em passado recente; e o modelo baseado na informação científica não tendenciosa (informação geral e isenta sobre as drogas), que vem sendo muito utilizado ao longo dos últimos anos. No entanto, há evidências que a informação é importante, porém quando utilizada de maneira isolada torna-se menos eficaz<sup>14</sup>.

## **2.2 Prevenção secundária**

É definida pelo conjunto de ações que procuram evitar a ocorrência de complicações para usuários esporádicos e que apresentam poucos problemas<sup>15</sup>. Essas ações buscam a sensibilização a respeito dos riscos, favorecendo a mudança de comportamento por meio do aprendizado, novas atitudes e escolhas mais responsáveis<sup>16</sup>. Os serviços específicos de prevenção secundária ainda são muito pouco explorados no Brasil, especialmente em função das inúmeras dificuldades relacionadas à implementação desse tipo de intervenção.

Os usuários recreacionais, não notam qualquer prejuízo do uso da droga e ainda sentem imenso prazer em usá-las. Dessa forma, eles não procuram ajuda em serviços especializados, e, dificilmente são identificados. No caso das drogas ilícitas o reconhecimento do usuário torna-se ainda mais complicado por tratar-se de um comportamento clandestino<sup>14</sup>. Entre as poucas iniciativas de intervenção secundária em nosso país, destaca-se o projeto pioneiro desenvolvido pela Unidade de Dependência de Drogas da UNIFESP, tendo como referencial uma técnica de base cognitiva desenvolvida no Canadá<sup>10</sup>.

## **2.3 Prevenção terciária**

Consiste no conjunto de ações que, a partir de um problema existente, procura evitar prejuízos adicionais e/ou reintegrar na sociedade os indivíduos com problemas sérios. Também busca melhorar a qualidade de vida dos usuários junto à família, ao trabalho e à comunidade de uma forma geral<sup>14</sup>.

Na prática, essas ações envolvem o identificar e o lidar com casos emergenciais (como síndrome de abstinência, *overdose*, tentativas de suicídio, etc.) e/ou com pacientes portadores de problemas que necessitam encaminhamento (hepatite, AIDS, cirrose, entre outros). Também envolvem a orientação familiar e o auxílio na reabilitação social dos usuários. As ações de prevenção terciária muitas vezes se mesclam com as ações inerentes ao tratamento daqueles usuários que buscam ajuda para sua recuperação. Existem inúmeros modelos de tratamento para

dependência química, incluindo várias linhas de grupos de autoajuda, abordagens psicanalíticas, comportamentais, cognitivas, medicamentosas. No entanto, os estudos comparativos entre essas abordagens não têm indicado diferença de efetividade entre as mesmas<sup>14</sup>.

É notória a importância de um pareamento entre os pacientes e as abordagens terapêuticas, ou seja, a escolha do tratamento tenha como referência as características/necessidades do paciente. Essa tem sido uma das principais linhas de pesquisa referente ao tratamento da dependência química ao longo dos últimos anos<sup>14</sup>. No entanto, é consenso a crença na necessidade da criação de redes de assistência integral ao dependente; incluindo serviços de orientação familiar, encaminhamento para tratamento de comorbidades, apoio para reinserção profissional e/ou educacional<sup>14</sup>.

Atitudes familiares podem se apresentar como fatores de risco ou proteção ao uso de substâncias em uma comunidade com dificuldades sociais. Estudos mostram que a presença e supervisão dos pais parece proteger jovens dos transtornos de conduta em uma vizinhança de alto risco. Da mesma forma, cuidadores, que se utilizam de habilidades educativas com relacionamentos afetivos próximos com seus filhos, podem reduzir problemas de oposição nos anos pré-escolares, comportamentos antissociais e uso de substâncias na adolescência inicial<sup>13</sup>.

Instâncias oficiais brasileiras, como o Ministério da Educação, através da Secretaria de Projetos Educacionais Especiais, distinguem seis abordagens principais para a prevenção do uso de drogas no Brasil, acrescentando seus pontos críticos<sup>11</sup>.

*Enfoque do princípio moral:* apela à condenação do uso de drogas em função de pressupostos religiosos, morais ou éticos. Invoca valores como patriotismo ou sacrifício pelo bem comum<sup>17</sup>;

*Amedrontamento:* baseia-se em campanhas informativas sobre os aspectos negativos das drogas, e com o intuito de persuadir os jovens a evitá-las. Inspirada na “pedagogia do terror” é a mais comumente utilizada na atualidade; mostra-se pouco eficaz por não mobilizar a juventude no sentido desejado e por ter pouca credibilidade face à experiência com drogas no cotidiano<sup>17</sup>;

*Conhecimento científico:* proposto em oposição ao amedrontamento, transmitindo informações de modo imparcial e objetivo pelo educador, para que assim o educando possa tomar decisões racionais sobre o uso ou não de drogas. Porém,

avaliações dizem que o aumento do conhecimento sobre drogas não se traduz automaticamente em uma diminuição do consumo, pois, em si, não muda as atitudes frente às drogas. Este modelo, não obstante, é utilizado para auxiliar o programa educativo mais amplo<sup>17</sup>;

*Educação afetiva*: visa a modificar os fatores de personalidade que podem predispor ao uso de drogas. Com técnicas apropriadas, propõe desenvolver a autoestima, a capacidade de lidar com tensões, frustrações e angústias, a habilidade de decidir e interagir em grupo, a comunicação verbal e expressão não verbal e a capacidade de resistir a pressões. As avaliações destacam a dificuldade de implementar tais programas nas escolas, por eles exigirem treinamentos especiais dos profissionais e disposição interna para acatar mudanças pedagógicas e de comportamento<sup>17</sup>;

*Pressão positiva do grupo*: tenta mobilizar líderes naturais dos jovens para que assumam atitudes antidrogas nas atividades corriqueiras das diversas faixas etárias. Espera-se, deste modo, que a coesão afetiva dos próprios jovens forme organizações de solidariedade e autoajuda, afastando as drogas da convivência cotidiana ou, ao menos, desestimulando seu uso<sup>17</sup>;

*Qualidade de vida*: pretende promover estilos de vida saudáveis para barrar a procura por drogas. Adota um enfoque ecológico-ambiental e humano, no qual as drogas são discutidas enquanto agressores a uma vida saudável, tais como poluição, barulho, trânsito, violência, miséria, desemprego, injustiça social, entre outros. As experiências que abordam a questão da droga de forma integral tendem a ser ações mais articuladas, resgatando a cidadania individual e comunitária, bem como aspectos emergidos com o desenvolvimento dos trabalhos<sup>17</sup>.

De grande interesse epidemiológico é o estudo *Yale Family Study*, que tem apresentado alguns dados em relação à genética, uso de substâncias e condições de comorbidades. O estudo revela a fobia social e o transtorno de humor bipolar como condições predisponentes ao uso de substâncias, utilizadas muitas vezes e comprovadamente como automedicação para aquelas condições<sup>18</sup>. Com implicações preventivas o estudo demonstra que a história familiar de uso de substâncias se apresenta como um dos maiores fatores de risco ao abuso de substâncias em indivíduos expostos às mesmas, o que Coffey *et al*, 2008 documentam a importância das estratégias preventivas que integram a família nos programas preventivos. Possivelmente, a concorrência dos demais fatores de risco nos indivíduos

acompanhados aumente o valor preditivo do abuso de substâncias, aumentando, por sua vez, o impacto das medidas de saúde pública e políticas preventivas relacionadas<sup>18</sup>.

O estudo aponta que as estratégias preventivas devam se focalizar na prevenção do uso abusivo das substâncias mais que na sua experimentação<sup>18</sup>. No entanto, tendo em vista as particularidades psicofarmacológicas do uso de *crack*, tais recomendações necessitam de maiores estudos na população referida, a fim de ser entendida como válida. O tratamento de condições psiquiátricas associadas à comorbidades<sup>18</sup>, através do diagnóstico precoce, especialmente aquelas que predizem ao uso de substâncias, parece campo importante de prevenção demonstrado no estudo<sup>13</sup>.

O conhecimento das peculiaridades do uso do *crack* e de seus efeitos é essencial para subsidiar as políticas públicas preventivas. Ainda é pouco conhecida a real dimensão do uso de drogas no Brasil, bem como os problemas decorrentes desse uso, especialmente devido à carência de estudos nessa área, o que se acentua diante das dificuldades relacionadas à clandestinidade que envolve o uso de drogas ilícitas. Além disso, poucas são as intervenções preventivas implementadas de fato<sup>14</sup>.

No entanto, programas de prevenção e investimentos na área de Saúde Mental se mostram necessários diante das consequências reconhecidas do *crack* em relação aos usuários, à exposição de crianças à substância ou aos efeitos indiretos da mesma, além dos efeitos sociais encontrados e em nível de saúde pública, diante dos altos custos relacionados ao tratamento do *crack* e diante das limitações encontradas no tratamento dos seus usuários, que se apresenta com curso crônico com diversas recaídas e complicações clínicas associadas<sup>19</sup>.

Estratégias envolvendo a família se mostram efetivas, bem como abordagens preventivas em idades precoces, considerando os fatores de risco implicados além das condições de morbidades associadas. No entanto, novos estudos, melhor estruturados e focalizados no uso de *crack* se fazem necessários, com a finalidade de documentarmos as estratégias mais efetivas de prevenção relacionadas ao uso dessa substância<sup>13</sup>.

### 3. Tratamento

Segundo a OMS (2011) um país deve ter leitos para saúde mental suficientes para internar 5 % da população, o que, no Brasil seriam 950 mil leitos. Porém tem hoje 32,7 mil. Em 2011, dos 32,7 mil leitos apenas 11,5 estão disponíveis para os dependentes de drogas, 2,5 em hospitais gerais e 9 mil no CAPS, hospitais psiquiátricos e prontos-socorros gerais e psiquiátricos<sup>7</sup>.

A Lei 11.343/2006 e a Política Nacional Sobre Drogas (2005) definem que usuários, dependentes e familiares devem receber atividades de atenção e de reinserção social, de forma multidisciplinar. Definindo um projeto terapêutico individualizado, orientado para a inclusão social e para a redução de riscos e danos sociais e à saúde, com investimento técnico e financeiro de forma descentralizada; levando em conta as características específicas dos diferentes grupos: crianças e adolescentes, mulheres, gestantes, idosos, população carcerária, trabalhadores do sexo e populações indígenas. As ações de tratamento, recuperação, reinserção social e ocupacional de vem ser vinculadas às pesquisas científicas, avaliando-as e incentivando-as e multiplicando aquelas que tenham obtido resultados, mas efetivos, com garantia de alocação de recursos técnicos e financeiros para a realização destas práticas e pesquisas, promovendo o aperfeiçoamento das demais<sup>20</sup>.

Visando prevenir as consequências negativas do uso do *crack*, o Ministério do Estado da Saúde instituiu, em 4 de julho de 2005, a Portaria nº 1.059, onde define a distribuição de insumos (seringas, agulhas, cachimbos) para prevenir a infecção dos vírus HIV e hepatites B e C entre os usuários de drogas, além da ampliação do acesso aos serviços de saúde, especialmente dos usuários que não tem contato com o Sistema de Saúde, por meio de trabalho de campo<sup>21</sup>.

A Portaria SAS/MS nº 224 de 29 de janeiro de 1992 define e divide os tipos de atendimento prestados pelo SUS. Estipula que o atendimento ambulatorial deve ocorrer em<sup>22</sup>:

#### 3.1 Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais: atendimento individual (consulta psicoterapia, dentre outros); visitas domiciliares; atividades comunitárias.

### **3.2 Hospital-dia**

Representam um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção de cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir integral. A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, dentre outros); atendimento grupal; visitas domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias.

### **3.3 Leito ou unidade psiquiátrica em hospital-geral**

Objetiva oferecer uma retaguarda hospitalar para os casos em que a internação se faça necessária, depois de esgotadas todas as possibilidades de atendimento em unidades extra-hospitalares e de urgência. Durante o período de internação, a assistência ao paciente será desenvolvida por equipes multiprofissionais. Esse serviço visa preparar o paciente para a alta hospitalar, garantindo a sua referência para a continuidade do tratamento em unidades de saúde com programa de atenção compatível com suas necessidades, visando prevenir a ocorrência de outras internações.

A Portaria nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004 amplia e redefine a atenção integral para os usuários de álcool e outras drogas no âmbito do SUS. Define que os serviços hospitalares de referência para a atenção integral aos usuários de álcool e outras drogas serão instalados em hospitais gerais e tem como objetivos<sup>23</sup>:

Dar suporte à demanda assistencial caracterizada por situações de urgência/emergência que sejam decorrentes do consumo ou abstinência de drogas, advindas da rede dos CAPS-AD, da rede básica e de serviços ambulatoriais especializados ou não especializados;

Oferecer suporte hospitalar, por meio de internações de curta duração, em situações assistenciais para as quais os recursos extra-hospitalares disponíveis não tenham obtido a devida resolutividade, sempre acolhendo os pacientes em regime de curtíssima e curta permanência;

Tratamento de intoxicação aguda, em Serviço Hospitalar de Referência Para A Atenção Integral Aos Usuários De Álcool e Outras Drogas (SHRad) com o tempo de permanência de 24 a 48 horas.

A Portaria GM/MS nº 1.612 de 9 de setembro de 2005 normatiza o funcionamento dos SHRad em regime integral, durante 24 horas diárias, nos sete dias da semana, sem solução de continuidade entre turnos, constituindo unidades de dezesseis leitos no máximo<sup>24</sup>.

A Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002 estabelece que os CAPS poderão constituir-se nas modalidades<sup>25</sup>:

CAPS I: São CAPS para o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, portadoras de transtornos severos e persistentes, para atendimento em regiões com população entre 20.000 e 70.000 habitantes, funcionando no período de 08 às 18h horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana;

CAPS II: São CAPS para o atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, portadoras de transtornos severos e persistentes, para atendimento em regiões com população entre 70.000 e 200.000 habitantes, funcionando no período de 08 às 18h horas, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas;

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, para atendimento em regiões com população superior a 200.000 habitantes, funcionando durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana;

CAPSi II: São CAPS para atendimento diário de crianças e adolescentes com transtornos mentais, atendendo à populações de cerca de 200.000 habitantes, funcionando das 8 horas as 18 horas, em dois turnos durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno que funcione até as 21 horas.

CAPS II AD: Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, devendo funcionar das 8 horas às 18 horas, em dois turnos, durante os cinco dias da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21 horas.

A Lei Federal 10.216/2001, promulgada pelo então presidente Fernando Henrique Cardoso, se dispõe a proteger os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo assistencial em saúde mental. No parágrafo único do artigo 6º define-se que<sup>26</sup>:

“São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I – internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II – internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III – internação compulsória: aquela determinada pela Justiça”.

Art. 8o – A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina – CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 1o – A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 2o – O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento”.

### **3.4 Sistema de tratamento do projeto “*Crack*, é possível vencer”**

Existem diversas abordagens para quem deseja se recuperar da dependência do *crack*. Não há um tratamento único, que seja apropriado para todos os casos. Técnicas e sistemas podem ser combinados sempre que necessário, de acordo com tipo de ambiente, intervenção e serviço mais adequado para cada problema ou necessidade do paciente. Buscar a modalidade que melhor se encaixa em cada caso contribui para o sucesso na recuperação e para o retorno a uma vida produtiva na família, no trabalho e na sociedade<sup>27</sup>.

### **3.5 Internação**

As internações para o tratamento da dependência de substâncias psicoativas acontecem em instituições públicas e privadas no Brasil, e variam de acordo com as filosofias de tratamento adotadas. A desintoxicação na rede pública de saúde pode ser feita por meio do atendimento emergencial ou em internação de curta duração. Estes atendimentos devem fundamentar se em um diagnóstico da equipe de saúde<sup>27</sup>.

Já nas internações de longa duração, como acontece em comunidades terapêuticas, o usuário de *crack* pode ser acolhido por um período que varia de 3 a 12 meses, com vistas ao afastamento do ambiente onde a droga era consumida e a

transformação psicossocial em sua vida. A internação é indicada a pessoas que colocam em si mesmas ou a outros em situações de risco, passam por problemas legais relacionados à dependência e não conseguem deixar de usar a droga mesmo após o processo de desintoxicação<sup>27</sup>.

A maior parte das comunidades terapêuticas brasileiras é administrada por associações religiosas. Boa parte delas também é coordenada por dependentes químicos em recuperação ou familiares de ex-usuários de drogas. Nas associações religiosas o tratamento é baseado na convivência entre os pares e no tripé terapêutico que envolve espiritualidade, trabalho e disciplina. Os pacientes têm horário determinado para acordar, comer, cuidar da higiene pessoal e participar das atividades em grupo, como orações e estudos religiosos. Nestes serviços, o trabalho é parte fundamental do tratamento e também é baseado em regras rígidas<sup>27</sup>.

### **3.6 Tratamento ambulatorial**

O tratamento ambulatorial é para dependentes que já experimentaram tentativas bem-sucedidas de abstinência, seja por conta própria ou após internação. Quando não apresentam, portanto, risco a própria vida ou de outros e o objetivo dos atendimentos é o restabelecimento das condições de saúde e reinserção social do usuário<sup>27</sup>.

Nos Centros de Atenção Psicossocial para Álcool e outras Drogas (CAPS AD) há três tipos de tratamentos ambulatoriais: intensivo, com atendimento diário; semi-intensivo (de dois a três atendimentos por semana); e não intensivo (até três atendimentos por mês)<sup>27</sup>.

Equipes multidisciplinares compostas por médicos psiquiatras, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e educadores iniciam o tratamento realizando o diagnóstico do nível de abuso e dependência da droga. Também é verificado se o paciente apresenta outras doenças que necessitam tratamento, bem como avaliação social com vistas de verificar o comprometimento das relações familiares e preparar a reinserção social do indivíduo<sup>27</sup>.

As ações de assistência incluem a prescrição de medicamentos e a participação do usuário em sessões de psicoterapia individual e de grupo e terapia familiar. Além da transformação da relação com a droga, as abordagens podem ajudar a desenvolver habilidades para adoção de um estilo de vida mais saudável. O tratamento ajuda a pessoa que apresenta dependência a seguir estratégias de

desintoxicação e reinserção social e a buscar a reestruturação das relações pessoais, familiares e profissionais<sup>27</sup>.

#### **4. Técnicas de tratamento**

##### **4.1 Tratamento medicamentoso**

O período de desintoxicação com o auxílio de medicamentos leva de dois a cinco dias, período em que o usuário está confuso e debilitado, por conta dos efeitos do *crack*. Se houver um quadro de intoxicação aguda, são administrados medicamentos sedativos e tranquilizantes. Caso o paciente esteja agitado ou inquieto demais, pode receber medicamentos antipsicóticos<sup>27</sup>.

Episódios de depressão podem ocorrer após a desintoxicação, sendo tratados com medicamentos antidepressivos, se necessário. Também são utilizados medicamentos estimulantes e ansiolíticos para a redução de sintomas de abstinência e da fissura<sup>27</sup>.

##### **4.2 Tratamento psicoterapêutico**

Essa abordagem visa mobilizar o dependente a repensar sua relação com a droga, assim como seu projeto de vida. O foco não é apenas o uso da droga e os sintomas da abstinência, mas também a qualidade de vida do dependente e suas relações familiares e sociais<sup>27</sup>.

São utilizadas técnicas psicanalíticas ou cognitivo-comportamentais, com sessões individuais ou em grupo, com ou sem número de sessões pré-definidas<sup>27</sup>.

As intervenções podem envolver os parceiros do dependente (terapia de casal), a família ou, na ausência destes, pessoas de referência, que são chamados a participar do processo de tratamento e recuperação do paciente<sup>28</sup>.

##### **4.3 Autoajuda**

Os Grupos de mútua-ajuda, como Narcóticos Anônimos (NA), Grupos Familiares, NAR-ANON e Amor Exigente, têm como base o compartilhamento da experiência de vida com os demais participantes e a identificação entre os membros do grupo. Estes grupos podem ser voltados a usuários ou a famílias que possuem membros com problemas decorrentes do uso de drogas<sup>27</sup>.

A participação nesses grupos é gratuita e as reuniões buscam motivar o dependente a dividir suas vivências e a participar de atividades coletivas e de reflexões<sup>27</sup>.

O tratamento permite aos dependentes identificar atitudes, emoções e comportamento semelhantes em seus pares durante as sessões, o que pode motivá-los a manter-se em tratamento. Uma das vantagens desse modelo é a facilidade de acesso e o estabelecimento de vínculos sociais com pessoas vivendo processo de recuperação semelhante<sup>27</sup>.

Abordagem Comunitária ou também chamada de terapia comunitária, desenvolvida sob coordenação do psiquiatra Adalberto de Paula Barreto, também é um reforço para a reinserção social do dependente de *crack*. A técnica é aplicada por terapeutas especializados, em encontros do dependente com pessoas da comunidade, que facilitam a partilha de vivências, superação e descoberta de soluções para os problemas do cotidiano<sup>27</sup>.

## 5. Discussão

O tratamento da dependência química deve ser considerado como um conjunto de técnicas e intervenções desenvolvidas para a redução de abstinência e consumo de *crack*, bem como a melhora da qualidade de vida e funcionamento social<sup>29</sup>.

Os tratamentos disponibilizados pelo SUS hoje são focados em crise de abstinência e tratamento de curta duração. Nota-se que o tratamento é eficaz, mas a adesão é baixa com índices de abandono elevado. Isso mostra ainda mais a necessidade de modelos estruturados<sup>8</sup>.

Para conseguirmos um tratamento mais efetivo, poderíamos dividir o tratamento em 4 etapas:

Primeira etapa, chegada e recepção no órgão público para tratamento:

De acordo com a portaria nº 2197/GM, de 14 de outubro de 2004, que redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do sistema Único de Saúde – SUS, e das outras providências, este primeiro contato com a rede pública pode ser por Unidades Básicas ou Centros de Saúde ou ainda por Consultórios de Rua, o usuário deve ser avaliado de acordo com sua primeira necessidade; o mesmo pode estar em situações de crise, alterações neuropsicológicas, problemas clínicos como DST ou comorbidades<sup>23, 30</sup>.

Estas unidades oferecem atendimento médico, e/ou de outros profissionais que farão uma primeira avaliação do usuário para que ele inicie o tratamento na própria unidade, ou seja, encaminhado para o serviço especializado. Oferecem ainda acolhimento, apoio e encaminhamento para albergues às pessoas que moram ou se encontram em situação de rua e estão distanciados das unidades de serviços de saúde<sup>8</sup>.

O paciente pode comparecer por motivação própria, sendo assim, encaminhado para uma unidade do CAPS-AD<sup>8</sup>.

No entanto, o próprio Ministério da Saúde admite a deficiência no diálogo estabelecido entre estes serviços de urgência e emergência e os demais serviços de saúde mental da rede, pois é necessário potencializar a interlocução entre os serviços da rede de atenção apoiando as ações do CAPS-AD<sup>31,32</sup>.

As dificuldades dos profissionais da atenção básica nos processos de diagnóstico e atenção aos agravos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, aliados a insuficiência na formação profissional na área, o que conduz à instauração de diversas barreiras de acessibilidade e à dificuldade de atenção a esta demanda, que acaba ficando distante da perspectiva da integralidade, uma das diretrizes do SUS<sup>33,34,35</sup>.

O consumo de *crack* também está relacionado diretamente com doenças sexualmente transmissíveis, a portaria nº 1.208/GM de 1º de julho de 2005, determina as ações que visam à redução de danos sociais e a saúde, decorrente do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência. As iniciativas de redução de danos não exigem que o dependente deixe de consumir drogas. Mesmo oficializada a redução de danos esta longe de conquistar consenso no Brasil. Um dos maiores obstáculos a sua implantação é o entendimento de que ela incentivaria o consumo de drogas, com gastos desnecessários, quando o objetivo deveria ser a desintoxicação<sup>7</sup>.

No entanto, este programa serve como porta de entrada para o tratamento, já que os profissionais devem estar preparados para lidar e convencer o paciente a participar do programa de tratamento<sup>7</sup>.

O treinamento destes profissionais é previsto em Lei, conforme segue na Política Nacional sobre drogas, 23 de maio de 2005, parágrafo 3.2.5: garantir,

promover e destinar recursos para o treinamento, capacitação e supervisão técnica de trabalhadores e de profissionais para atuar em atividades de redução de danos. Na segunda etapa, triagem e avaliação mais detalhada (de forma a melhorar a adesão do paciente ao tratamento).

A triagem é muito importante, pois nessa etapa podemos definir a real necessidade do paciente, visando o melhor e o mais adequado tratamento. A estratégia de tratamento deve ser definida para cada usuário, de acordo com a sua idade, sexo, formação e sua realidade socioeconômica<sup>8</sup>.

A triagem é uma entrevista com o paciente que será feita por um profissional de saúde, podendo ser um médico, assistente social, farmacêutico ou enfermeiro. O mesmo irá fazer a entrevista relatando<sup>8</sup>.

Avaliação inicial, visando a história do paciente.

Avaliação do consumo de *crack*: verificar a frequência e o tempo que o paciente utiliza.

A avaliação motivacional que avalia a motivação do paciente em relação ao tratamento, a fim de estabelecer a gravidade da dependência, a avaliação de risco que verifica a existência de problemas agudos relacionados ao uso da droga, como risco de autoagressão ou a terceiros, a avaliação psiquiátrica e a avaliação clínica geral + DST/AIDS onde o usuário de *crack* pode compor uma série de complicações físicas secundárias por parte do consumo, podendo ter doenças pulmonares ou cardiovasculares, é comum também chegarem desnutridos e anêmicos<sup>8</sup>.

Na terceira etapa, existe o passo visando a construção do plano de tratamento deve ser baseada nas necessidades do paciente, estabelecendo metas e intervenções. Devido ao grau de desestruturação causada pelo consumo de *crack*, o paciente necessita de abordagens mais intensivas, com maior apoio terapêutico e psicossocial<sup>8</sup>.

Desintoxicar o dependente químico é apenas parte do tratamento. Além de depender da vontade do paciente, o uso de medicamentos isolado pouco consegue ajudar uma pessoa completamente desestabilizada, desde seus cuidados básicos de higiene até suas relações sociais e laços afetivos. Daí o consenso de que se é necessária uma abordagem multidisciplinar para que o tratamento seja eficaz. Desintoxicação, psicoterapia, terapia ocupacional e assistência social são apenas parte do tratamento<sup>7</sup>.

A prioridade é desintoxicar, tratar e auxiliar os dependentes químicos a voltarem ao convívio social. Entretanto, além das dificuldades de recuperação dos

dependentes químicos, o Brasil convive hoje com uma rede de tratamento pequena e precária. “Há insuficiência de estrutura para tratamento. Temos apenas 258 unidades de CAPS-AD para 190 milhões de habitantes<sup>7</sup>.”

Devido a essa deficiência, as instituições privadas de tratamento de dependentes químicos que recebem apoio financeiro do Estado são responsáveis hoje por cerca de 80% de viciados, mas não está submetida às exigências governamentais de padrões mínimos de atendimento interno<sup>7, 36</sup>.

A família e os amigos também são fundamentais para que os dependentes se mantenham motivados e comprometidos com o tratamento recebido. No entanto, a maioria de estudos confirma que o universo familiar dessa população é frequentemente disfuncional. Assim, muitas vezes, o tratamento deve incluir também apoio psicológico para a família do paciente<sup>8</sup>.

O uso de *crack* pode desencadear psicose, depressão e esquizofrenia, entre outras doenças. Para que o tratamento tenha sucesso, o diagnóstico deve ser o mais exato possível, para que essas doenças sejam tratadas com medicamentos específicos, tradicionais e de eficácia comprovada<sup>8, 37</sup>.

Quarta etapa, alta e seus encaminhamentos, está relacionado com o término de um tratamento é geralmente discutido e amadurecido entre o paciente e os profissionais que o assistem. O cumprimento das metas estabelecidas, a satisfação do paciente com a melhora alcançada e o grau de estruturação social do mesmo são habitualmente tomadas como pontos de referência, tanto pelo paciente e sua família, quanto pela equipe responsável. Nesse momento, é essencial abordar e avaliar as necessidades pós-tratamento, tais como moradia, emprego e a presença de redes sociais de apoio. Grupos de auto ajuda são um opção para todas as fases de tratamento, inclusive nessa<sup>8</sup>.

Quanto às ações de apoio ao dependente químico para voltar ao mercado de trabalho, o Ministério do Trabalho e Emprego diz que ainda “não há uma política específica na área do trabalho vinculada a reinserção para os dependentes”<sup>8</sup>.

No último mês de agosto do ano de 2012 em visita ao CAPS-AD Itaquera, observou-se que existem equipes multiprofissionais que se responsabilizam pelo acolhimento, avaliação e direcionamento dos usuários aos tratamentos oferecidos pela unidade. São oferecidas atividades variadas envolvendo todos os profissionais, sendo algumas voltadas a trabalhos manuais para auxílio de coordenação motora e

de raciocínio, de reinserção social e palestras de grupos de discussão tanto com o usuário e a família, onde relatam as vivências, trocam experiências e dificuldades encontradas. Todas orientadas de acordo com o tratamento e as características do usuário.

As atribuições dadas em Lei são cumpridas em sua totalidade, porém há um déficit em relação aos horários de funcionamento, dando “espaço” para as recaídas e abandono do tratamento. O usuário precisa ser assistido de forma contínua, pois o usuário não é usuário somente no período comercial, o mesmo deve ser assistido e acompanhado integralmente.

Foi observado também falha no suporte estrutural físico da unidade, pois os atendimentos são de grande intensidade e muitas vezes o espaço das salas de palestras e o refeitório não comportam a quantidade usuários do CAPS-AD.

## 6. Conclusões

O uso do *crack* é um problema conhecido pela sociedade e pelos órgãos governamentais, porém os meios estabelecidos para resolução desta problemática não são eficazes, e hoje configuram uma questão tanto de saúde pública quanto segurança pública.

Desde os relatos do seu surgimento no Brasil, o governo vem criando leis afim de coibir a prática do uso de drogas ilícitas.

Constantemente, leis e portarias são revogadas/substituídas no intuito de acompanhar e melhorar as formas de enfrentamento ao uso abusivo de drogas ilícitas, bem como as formas de tratamento e prevenção.

Na maioria das vezes essas leis são redigidas por leigos neste assunto, fazendo com que muitas vezes seus textos sejam confusos e contraditórios, gerando dúvidas e duplas interpretações.

Apesar de possuímos muitas leis e portarias tratando sobre a drogadição não temos planos e diretrizes que estabeleçam um modelo eficaz e concreto para resolução desse problema.

O SUS conta com uma rede descentralizada para atendimentos gerais, no entanto, não cumpre com as exigências da OMS para atendimentos dos usuários e dependentes químicos.

Atualmente o atendimento dos usuários e dependentes químicos é centralizado nos CAPS-AD os quais não possuem estrutura física e de pessoal para suportar o número de usuários que procuram esse atendimento.

O SUS oferece aos usuários serviços e tratamentos que não colaboram em tempo integral para sua reabilitação bem como não possuem projetos definidos para reinserção social do paciente.

Quanto à prevenção há poucas iniciativas governamentais, e as existentes são focadas em conscientizar a população de idades precoces quanto aos danos causados pelo uso do *crack*.

Existem poucos estudos relacionados com a legislação específica e o tratamento do usuário.

## Referências

1. Tuller NGP, Rosa DTM, Menegatti RP. Crack e os Perigos de Uma Viagem Sem Volta. Rev. Ini. Científica CESUMAR. 2007; 20(2): 153-161.
2. Ellenhorn MJ, Schonwald S, Ordog G, Wasserberger J. Ellenhorn's medical toxicology: diagnosis and treatment of human poisoning. 2.ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1997.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.197/GM de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2010 nov. 181; Seção 1. p 42.
4. Nicastrí S, Ramos SP. Prevenção ao uso de drogas. Jornal Brasileiro de Dependência Química. 2001; (2): 25-29.
5. Carraro TE, Rassool GH, Luis MAVA. Formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2005 Sep;13: 863-871. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000700014>
6. Kalivas PW, Volkow ND. The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice. Am J Psychiatry. 2005 Aug;162(8):1403-13. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.8.1403>
7. Senado Federal. Dependência química: Crack assusta e vela um Brasil despreparado Rev. Audiências Públicas do Senado Federal Em Discussão.2011 Aug; 2(1): 1-46.
8. Ribeiro M, Laranjeira R. O Tratamento do Usuário de Crack: Avaliação Clínica, Psicossocial, Neuropsicológica e de Risco, Terapias Psicológicas, Farmacologia e Reabilitação, Ambientes de Tratamento. 1.ed. São Paulo: Editora Casa Leitura Médica; 2010.
9. Uchôa MA. Crack: O Caminho Das Pedras. São Paulo: Editora Ática, 1996. P. 121-127.

10. Dunn J, Laranjeira RR, Silveira DX, Formigoni ML, Ferri CP. Crack Cocaine: An Increase In Use Among Patients Attending Clinics In São Paulo: 1990-1993. *Subst. Use & Misuse*.1996; 31(4): 519-27. <https://doi.org/10.3109/10826089609045824>
11. Schwoelk M. Crack: Desafios da Prevenção. [Monografia de Conclusão de Curso da Pós-Graduação em Psiquiatria Forense].Porto Alegre: Instituto Psiquiátrico Forense Maurício Cardoso; 2008.
12. Noto AR, Galduróz JCF. O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*.1999; 4(1): 145-54. <https://doi.org/10.1590/S1413-81231999000100012>
13. Brasil. Ministério da Educação. Programa Valorização da Vida. Proposta para uma política nacional de prevenção do consumo do álcool, tabaco e outras substâncias psicoativas. Brasília: Ministério da Educação; 1990.
14. Merikangas KR, Avenevoli S. Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behavior*. 2000 dec;25:807–820. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00129-5](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00129-5)
15. Organização Panamericana de La Salud. Enfoque de habilidades para a vida para um de desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes. Washington, OPS, 2001.
16. Ferri CP, Gossop M, Rabe- Hesketh, Laranjeira R. Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users. *Addiction*. 2002 jun; 97:825-32. <https://doi.org/10.1046/j.1360-0443.2002.00130.x>
17. Brasil. Congresso Nacional. Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006.Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - Sisnad; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências. Brasília, DF; 2006.Acesso em 29 de julho de 2012. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004\\_2006/2006/lei/l11343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004_2006/2006/lei/l11343.htm)>.
18. Outeiral J. *Adolescer: estudos revisados sobre a adolescência*. 2. ed. revisada, atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: Revinter, 2003. [https://doi.org/10.1016/S0376-8716\(99\)00123-4](https://doi.org/10.1016/S0376-8716(99)00123-4)
19. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.059/GM de 4 de julho de 2005. Destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas - CAPSad - e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 2013 out.11;Seção 2. p 6.
20. Brasil. Secretária Nacional de Assistência à Saúde. Portaria SAS/MS nº 224, de 29 de janeiro de 1992. Diretrizes e Normas para o Atendimento Ambulatorial/Hospitalar em Saúde Mental. *Diário Oficial da União*.1992 jan.30; Seção 1. p 1168.
21. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do

Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2016 dez.30; Seção 1. p 15.

22. Mesquita FC. Aids entre usuários de drogas injetáveis na última década do século XX, na região metropolitana de Santos.[tese]. São Paulo (SP): Faculdade de Saúde Pública (USP); 2001.

23. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.612 de 09 de setembro de 2005. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento/ Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas. Diário Oficial da União. 2016 abr. 14; Seção 1. p 36.

24. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM de 19 de fevereiro de 2002. Estabelecer 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, conforme disposto nesta Portaria. Diário Oficial da União. 2011 abr. 30; Seção 1. p 59.

25. Brasil. Presidência da República, Congresso Nacional. Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF; 2001. [acesso em 2012 jul. 29]. Disponível em: em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>

26. Programa “Crack, é possível Vencer”. Portal Brasil, 2012. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/crackepossivelvencer/home>>. Acesso em: 01 maio 2012.

27. Brasil. Ministério da Saúde. A Política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas. Coordenação Nacional de DST e Aids, Brasília, 2004.

28. Cunningham JA. Remissions From Drug Dependence: Is Treatment a Prerequisite?. Drug Alcohol Depend. 2000 jun; 59(Pt 3): 211 – 213.

29. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA GM/MS Nº 2.197, de 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 2016 dez.30; Seção 1. p 15.

30. Schneider DR, Lima DS. Implicações dos Modelos de Atenção à Dependência de Álcool e Outras Drogas na Rede Básica em Saúde. Psico. 2011; 42(2): 168-78.

31. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de Saúde Mental. Abordagens Terapêuticas a Usuários de Cocaína/Crack no Sistema Único de Saúde. Brasília: Governo Federal, 2010.

32. Brasil. Conselho Nacional Antidrogas. Política Nacional Sobre Drogas, de 23 de maio de 2005. Gabinete de Segurança Institucional, Brasília, DF, 27 de outubro de 2005. Disponível em <<http://www.brasil.gov.br/enfrentandocrack/publicacoes/portarias-e-decretos/politica-nacional-sobre-drogas/view>>. Acesso em 29 de julho de 2012.

33. Brasiliano S. Comorbidade entre dependência de substâncias psicoativas e transtornos alimentares: perfil e evolução de mulheres em um tratamento específico para dependência química. [Tese Doutorado em Medicina]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo – USP; 2005.
34. Yunes MAM, Garcia NM, Albuquerque BM. Monoparentalidade, pobreza e resiliência: entre as crenças dos profissionais e as possibilidades da convivência familiar. *Psic.: Reflexão e Crítica*. 2007; 20(3): 444-53. <https://doi.org/10.1590/s0102-79722007000300012>
35. Crives MNS, Dimenstein M. Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. *Saúde e Sociedade*. 2003; 12(2): 26-37. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902003000200004>
36. Duarte PAV. SECRETARIA NACIONAL DE POLÍTICAS SOBRE DROGAS. Glossário de Álcool e Drogas. 2.ed. Brasília: Biblioteca da Presidência da República, 2010.
37. Reinerman C, Levine HG. Crack Attack: Politics and Media in the Crack Scare. In: *Crack in America: Demon Drugs and Social Justice*. 1.ed. Estado Unidos. Berkeley: University of California Press; 1997.