

## DEPENDÊNCIA QUÍMICA: DIREITO AO TRATAMENTO E ÀS INTERVENÇÕES TERAPÊUTICAS<sup>1</sup>

### *CHEMICAL DEPENDENCE: THE RIGHT TO TREATMENT AND THERAPEUTIC INTERVENTIONS*

**Allan Campelo<sup>2</sup>**  
**Denison Melo de Aguiar<sup>3</sup>**

**Sumário:** Introdução; 2. Tratamento do abuso de substâncias no Brasil; 3. Integração: o modelo de atendimento crônico (ccm); 4. Gestão de cuidados; 5. Adotando o gerenciamento do cuidado no Brasil; 6. Estudos correlatos; Considerações finais; Referências.

**Resumo:** O Brasil tem uma considerável população de transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias, mas ainda há lacunas consideráveis no acesso e retenção de tratamento. Essa é uma condição médica crônica, é altamente comórbida com distúrbios de saúde médicos e comportamentais. Isso indica a necessidade de intervenções mais direcionadas para alcançar a integração dos cuidados de saúde (um dos principais objetivos do sistema de saúde brasileiro). A gerência do cuidado - isto é, a organização do atendimento ao paciente por uma instituição - é uma estratégia viável para envolver indivíduos com transtorno por uso de substâncias (TUS) que podem se beneficiar do tratamento, mas não estão cientes ou não usam os recursos disponíveis, bem como para ajudar a manter pacientes tratamento. A gerência do cuidado é considerada um complemento essencial para o tratamento de doenças crônicas. O objetivo deste artigo é destacar o direito ao tratamento e às intervenções terapêuticas do dependente químico. Descrevemos modelos de gestão de cuidados adotados internacionalmente e identificamos a viabilidade e as vantagens para sua adoção no Brasil.

**Palavras-chave:** Dependência; Tratamento; Intervenções.

**Abstract:** *Brazil has a considerable population of disorders related to the use of alcohol and other substances, but there are still considerable gaps in access and retention of treatment. This is a chronic medical condition, it is highly comorbid with medical and behavioral health disorders. This indicates the need for more targeted interventions to achieve the integration of health care (one of the main objectives of the Brazilian health system). Care management - that is, the organization of patient care by an institution - is a viable strategy to involve individuals with SUT who can benefit from treatment, but are not aware or do not use available resources, as well as to help maintain patient treatment. Management of care is considered an essential complement to the treatment of chronic diseases. The purpose of this article is to highlight the right to treatment and therapeutic interventions of the chemical dependent. We describe internationally adopted care management models and identify the feasibility and advantages for their adoption in Brazil.*

**Keywords:** *Dependence; Treatment; Interventions.*

---

<sup>1</sup> Artigo elaborado a partir da disciplina Saúde Mental, Álcool e Drogas e o Sistema Judiciário do curso de Pós-graduação *Lato Sensu* em Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas, da Universidade Estadual do Amazonas. Disciplina ministrada pelo Prof. Me. Denison Melo de Aguiar.

<sup>2</sup> Psicólogo. Pós-graduando em Saúde Mental, Álcool e outras Drogas da Universidade do Estado do Amazonas – UEA.

<sup>3</sup> Graduado em Direito pela Universidade da Amazônia (2006). Advogado (6825 - OAB/AM). Mestre em Direito Ambiental pelo Programa de Pós - Graduação em Direito Ambiental da Universidade do Estado do Amazonas (2009 - 2011). Professor universitário da Universidade do Estado do Amazonas (UEA). Coordenador da Clínica de Mecanismos de Soluções de Conflitos da Universidade do Estado do Amazonas (MARbiC - UEA). Professor - membro da Clínica de Direitos Humanos e Direito Ambiental da UEA. Membro do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Humana do Amazonas (CEDDPH/AM).

## INTRODUÇÃO

O consumo de drogas psicoativas tornou-se um problema sério nos países em desenvolvimento. No Brasil, o maior país da América Latina, as taxas de prevalência de abuso de álcool e drogas variam entre os estudos, mas um achado comum é a alta prevalência de uso de qualquer droga ou álcool, atingindo 22,8 e 74,6%, respectivamente. Na última década, estudos epidemiológicos realizados no Brasil relataram aumento no consumo ao longo da vida de álcool, tabaco, maconha, inalantes, cocaína e outras drogas. Tal cenário tem implicações não apenas para o usuário individual, em termos de problemas psicológicos e sociais, mas também para a sociedade em geral, em termos do impacto econômico significativo associado ao abuso de drogas (CARVALHO, 2016).

Em resposta ao aumento da prevalência de abuso de drogas psicoativas, há um interesse crescente em variáveis que podem influenciar a eficácia do tratamento. Por exemplo, a participação ativa no tratamento tem sido associada a resultados positivos entre usuários de drogas psicoativas. No entanto, muitos usuários de drogas nem sequer iniciam o tratamento, muitos abandonam o tratamento prematuramente ou ainda recaem após a conclusão do tratamento. Nesse contexto, vários autores focalizaram comportamentos aditivos e tentaram entender melhor os fatores que motivam os indivíduos a procurar tratamento para o abuso de substâncias, bem como as barreiras à busca por tratamento e aos preditores de resultados.

Apesar de muitos esforços científicos, uma série de questões ainda permanece incerta, especialmente em relação ao acesso ao tratamento, à adesão ao tratamento e à eficácia do tratamento. No Brasil, alguns estudos avaliaram as características do abuso de drogas na população em geral, porém apenas alguns envolveram amostras clínicas. Entre as limitações comumente mencionadas pelos pesquisadores brasileiros, destacam-se questões políticas e logísticas, incluindo financiamento e pessoal limitados, que resultam em amostras pequenas ou não representativas e afetam diretamente a qualidade da pesquisa. Segundo alguns autores, esse cenário pode ser explicado pela história recente de pesquisas sobre o uso de drogas em nações em desenvolvimento. Por fim, pesquisas conduzidas em grandes países, como o Brasil, têm a limitação adicional de lidar com diferenças culturais e sociais como resultado da coleta de dados em diferentes locais.

Ter um melhor conhecimento do perfil dos pacientes que procuram tratamento para o abuso de substâncias é extremamente importante para garantir o planejamento adequado do tratamento. Por exemplo, muitos que buscam tratamento têm comorbidades psiquiátricas,

usam vários medicamentos concomitantemente ou apresentam déficits em várias áreas de suas vidas. Um estudo inglês que avaliou o perfil de usuários de drogas em busca de tratamento encontrou maior prevalência de transtornos psiquiátricos entre usuários de drogas múltiplas e também revelou que sexo feminino, saúde física, relações interpessoais e dependência de drogas são importantes preditores de sintomas psiquiátricos (MARSDEN et al., 2000).

Atualmente, o tratamento do abuso de drogas no Brasil está disponível gratuitamente para a população por meio do Sistema Único de Saúde. O tratamento é oferecido em centros de atenção psicossocial especializados em abuso de álcool e drogas, clínicas privadas e hospitais especializados. Os pacientes são encaminhados para esses diferentes níveis de atenção de acordo com a gravidade do abuso. Além disso, os programas preventivos e de tratamento em todo o país são frequentemente implementados pelo governo. Ainda, pouco se sabe sobre o perfil dos pacientes que buscam e se beneficiam dessas iniciativas, sobre o que motiva a busca por tratamento e sobre a gravidade dos problemas relacionados ao uso de drogas em diferentes regiões brasileiras.

Portanto, o objetivo do presente artigo é destacar o direito ao tratamento e às intervenções terapêuticas do dependente químico.

## **2. TRATAMENTO DO ABUSO DE SUBSTÂNCIAS NO BRASIL**

O sistema público de saúde do Brasil - Sistema Único de Saúde (SUS) - tem como objetivo oferecer acesso universal à saúde, incluindo cuidados com a saúde mental e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias. Os três principais níveis de estratégias de atenção à saúde mental e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substâncias no Brasil são a atenção primária (Estratégia de Saúde da Família - ESF), ambulatórios especializados (Centro de Atenção Psicossocial - CAPS) e o sistema de internação (hospitais gerais e comunidades terapêuticas) (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Em 2013, a ESF cobria 56,2% da população brasileira. A característica distintiva da ESF é que ela emprega agentes comunitários de saúde (ACSs) para realizar visitas de campo e domiciliares. Os ACS são membros da comunidade com formação básica em promoção da saúde e prevenção de doenças. Enquanto a ESF oferece serviços para abordar uma ampla gama de questões de saúde, incluindo dengue, HIV, planejamento familiar e acesso a programas sociais, serviços de prevenção e educação relacionados à saúde mental e transtornos relacionados ao uso de álcool e outras substância, raramente são oferecidos devido, entre outras razões, à falta de treinamento. Para atender a essa necessidade, desde

2013-2014, mais de 290 mil trabalhadores (ACSs e auxiliares de enfermagem) foram capacitados em Caminhos do Cuidado, uma estratégia implementada pelo governo federal para capacitação em transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas (DUARTE; DALBOSCO, 2011).

O segundo nível de atenção é o CAPS (e mais especificamente, “CAPS-ad” para álcool e drogas), que consiste em clínicas ambulatoriais com enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e psiquiatras especializados em saúde mental e transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas. O CAPS presta serviços a pacientes já diagnosticados com tais transtornos (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Finalmente, os pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas podem receber tratamento em pacientes internados em enfermarias especializadas do sistema hospitalar público, clínicas psiquiátricas ou comunidades terapêuticas. As comunidades terapêuticas, que são tipicamente baseadas em fazendas, promovem a recuperação através do emprego e contam com um modelo de tratamento mais relacionado à religião do que às estratégias médicas.

Infelizmente, esse sistema ainda é altamente fragmentado e não há uma estrutura organizada para alcançar e reter pacientes com transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias psicoativas, apesar do fato de que a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi criada em 2011 com o objetivo de aumentar o acesso e integração de serviços de saúde mental e transtorno por uso de substâncias (TUS). Existem vários desafios para o sistema, incluindo a falta de treinamento amplo e contínuo de tratamento baseado em evidências, um registro de saúde mental eletrônico inexistente que é acessível aos provedores e baixa disponibilidade de serviços em partes do país. Navegar no sistema é um desafio para os pacientes, suas famílias e até mesmo para os provedores (HORTA et al., 2011).

A adoção de um modelo de gerenciamento de cuidados poderia ajudar a mitigar os desafios atuais com o envolvimento e retenção de tratamento para pacientes com TUS no Brasil. Com o objetivo de facilitar a coordenação do cuidado e a integração dos serviços, a gestão do cuidado é considerada um complemento importante para o tratamento de doenças crônicas em diversos países. Ajudou a aumentar o acesso e a adesão ao tratamento com TUS e a melhorar as ligações com outros serviços (por exemplo, tratamento do HIV) (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

### **3. INTEGRAÇÃO: O MODELO DE ATENDIMENTO CRÔNICO (CCM)**

De acordo com Oliveira e Nappo (2008), a maioria dos sistemas de saúde - incluindo o do Brasil - está focada no tratamento de condições agudas. Esse tipo de cuidado lida com o problema imediato e é caracterizado por diagnóstico e tratamento rápidos, nos quais o paciente é um receptor passivo de cuidados. Este modelo é ineficaz para o tratamento de pacientes com condições crônicas de saúde, como TUSs. Como resultado das taxas crescentes de condições crônicas de saúde, o CCM foi desenvolvido em meados dos anos 90. O CCM promove o gerenciamento de doenças crônicas de alta qualidade, colocando uma forte ênfase na integração e coordenação dos cuidados, a fim de ajudar os pacientes a desenvolver habilidades eficazes de autogestão de doenças crônicas.

Os autores supracitados mencionam ainda que a integração produz resultados benéficos para o tratamento do TUS. Múltiplos estudos mostraram que os serviços baseados em evidências devem ser integrados aos cuidados de saúde mental e primária e, mais amplamente, aos serviços sociais (incluindo o sistema legal), a fim de diminuir o uso de drogas, melhorar a saúde, prevenir o crime e reduzir a reincidência. A gerência do cuidado pode ajudar a alcançar essa integração.

### **4. GESTÃO DE CUIDADOS**

A gerência do cuidado é uma intervenção de serviço social com uma longa história de assistência a indivíduos com múltiplas necessidades complexas. É uma abordagem abrangente, centrada no cliente, destinada a ajudar os indivíduos a acessar serviços e recursos necessários para viver e funcionar dentro da comunidade. Intervenções de gerenciamento de cuidados foram implementadas internacionalmente em vários cenários e populações, incluindo indivíduos que sofrem de TUSs.

Segundo Ribeiro e Laranjeira (2012), o manejo dos cuidados para as populações com TUSs começou na década de 1980 e tem sido utilizado tanto para vincular os pacientes que recebem tratamento a serviços adicionais quanto para vincular indivíduos que não estão recebendo tratamento. Intervenções de manejo do cuidado foram adotadas para vários subconjuntos da população com TUS, incluindo indivíduos duplamente diagnosticados, populações em situação de rua, mulheres dependentes de substância, dentre outros. É importante observar que o gerenciamento do cuidado não é simplesmente uma ferramenta

para conectar os indivíduos ao tratamento, mas uma estratégia destinada a abordar os aspectos sociais associados (por exemplo, falta de moradia, desemprego, etc.) e saúde (por exemplo, diabetes, problemas de saúde mental, doenças, etc.) desafios que impedem o funcionamento bem-sucedido dentro da comunidade.

Embora essa abordagem tenha sido amplamente utilizada, não há um acordo universal sobre como conduzir uma intervenção de gerenciamento do cuidado. A maioria dos modelos de gerenciamento de cuidados emprega gerentes de cuidados - funcionários dedicados que vinculam clientes a serviços existentes ou fornecem serviços por si mesmos, - mas há uma ampla gama de modelos de serviços que variam em intensidade e escopo. Os modelos que são eficazes para pessoas com TUSs incluem o modelo de corretagem, o modelo generalista, o tratamento comunitário assertivo (TCA) e a intervenção no tempo crítico (ITC) (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Kantorski et al. (2009) aponta que o modelo de corretagem é o modelo menos intensivo de gerenciamento de cuidados. Os gerentes de cuidados ajudam os clientes a identificar suas necessidades e encaminhá-los passivamente para serviços auxiliares. Há muito pouca interação entre o gerente de atendimento e o cliente, e todas as tarefas são normalmente concluídas em uma ou duas reuniões. Esse modelo é recomendado para indivíduos menos graves e com maior desempenho, que tenham capital social suficiente para gerenciar seu tratamento com o mínimo de assistência de um gerente de cuidados.

Para os autores supracitados o modelo generalista (ou modelo padrão) envolve as funções mais comumente aceitas de gerenciamento de cuidados - avaliação, planejamento, vinculação, monitoramento e advocacia - e tende a ser caracterizado por um envolvimento mais próximo entre o gerente de atendimento e o cliente. A frequência dos contatos e a duração dos serviços podem variar, e a abordagem é voltada para o fornecimento de cuidados de suporte contínuos.

O TCA é um modelo de serviço completo que envolve uma função abrangente para uma equipe de gerentes de atendimento. É caracterizado por casos menores e compartilhados; uso da maioria dos serviços dentro da comunidade e não em uma clínica; Responsabilidade em horas por clientes; e fornecimento direto da maioria dos serviços, em vez de intermediação. O TCA é frequentemente oferecido a indivíduos que sofrem de transtornos mentais concomitantes de saúde mental e uso de substâncias que normalmente não usam serviços ambulatoriais / comunitários, são propensos a frequentes recaídas / re-hospitalizações e têm grave comprometimento psicossocial (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

Por último, o ITC aplica muitas das mesmas estratégias do modelo TCA; no entanto, é significativamente menos intensivo e tem um conjunto mais finito de metas. Esse modelo limitado por tempo, fornecido após a alta de uma instituição, visa principalmente reduzir o risco de falta de moradia e outros resultados adversos, fornecendo assistência emocional e prática direta ao cliente, a fim de fortalecer os laços de longo prazo com os apoios da comunidade. Idealmente, o gerente de atendimento, ou o trabalhador do ITC, estabelece uma relação de trabalho com o cliente antes da alta, e o modelo é entregue em três fases ao longo de um período de nove meses. A primeira fase concentra-se em fornecer apoio intensivo e avaliar recursos disponíveis na comunidade. A fase dois, a “fase de testes”, é dedicada a testar e ajustar o sistema de suporte desenvolvido na fase um. Embora o gerente de atendimento continue ajudando diretamente o cliente, o cliente e as redes de suporte são incentivados a resolver os problemas por conta própria. Finalmente, a fase três se concentra em completar a transferência de responsabilidade para o cliente e os apoios comunitários formais / informais que fornecerão cuidados contínuos / de longo prazo ao cliente. Essa transferência de atenção não é abrupta; em vez disso, representa o ponto culminante de um trabalho que durou nove meses (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

O cuidado centrado no paciente é essencial para todos esses modelos. O gerente de atendimento deve ser responsivo e respeitoso com os valores, preferências e necessidades do paciente e deve garantir que esses princípios orientem os cuidados e serviços prestados ao cliente. Como o objetivo final do gerenciamento do cuidado é o autogerenciamento, o gerente de cuidado é um auxílio temporário destinado a reforçar o cliente, enquanto o cliente constrói os mecanismos necessários para autogerenciar a (s) condição (ões) e manobrar através de um sistema de saúde complexo.

## **5. ADOTANDO O GERENCIAMENTO DO CUIDADO NO BRASIL**

Chegou o momento de adotar a gestão do cuidado no sistema público de saúde no Brasil devido aos desafios mencionados relacionados ao envolvimento e retenção do tratamento de TUS. Além disso, pesquisas recentes sobre doenças não transmissíveis no Brasil sugerem a necessidade de melhor coordenação e integração dos cuidados. A gerência do cuidado poderia ajudar a resolver esses problemas.

Existem várias maneiras pelas quais a gestão do cuidado pode ser incluída no tratamento brasileiro, desde a atenção primária até o tratamento especializado do TUS. Embora os profissionais existentes, incluindo enfermeiros e assistentes sociais, possam ser

educados para trabalhar como gerentes de cuidados, outros profissionais menos dispendiosos também podem ser treinados para tornar a estratégia sustentável. Por exemplo, uma adaptação do modelo ITC no CAPS no Rio de Janeiro usou profissionais com diploma do ensino médio para atuar como gerentes de cuidados para pessoas com esquizofrenia.

No modelo de atenção primária (ESF) do Brasil, os ACSs já atuam como gerentes de cuidados não-oficiais e poderiam receber treinamento e supervisão apropriados em saúde mental e TUSs para vincular os pacientes ao tratamento, realizando a triagem precoce dos TUSs. Estratégias baseadas em evidências, como triagem, intervenção breve e encaminhamento para tratamento e entrevista motivacional (EM), devem fazer parte do treinamento para os ACSs. O Caminhos do Cuidado era um programa de treinamento que oferecia habilidades básicas em saúde mental, com ênfase em TUSs, para os ACS. Embora este tenha sido um começo importante, o projeto foi concluído sem um plano para manter o treinamento e a supervisão (XAVIER; MONTEIRO, 2013).

CAPS (incluindo CAPS-ad) geralmente recebe pacientes com TUSs mais graves do que os cuidados primários. A gestão do cuidado no CAPS incluiria tarefas como a organização de transições suaves para pacientes provenientes de unidades de atenção primária e de internação (transferência de calor), promovendo relacionamentos duradouros com os outros níveis de atenção para assistência e monitoramento constantes (dada a natureza crônica e recorrente da dependência), e referente a serviços de encadernação (como assistência jurídica e educacional, serviços sociais). Tais estratégias podem melhorar a adesão ao tratamento (HORTA et al., 2011).

Atividades similares de gerenciamento de cuidados poderiam ser implementadas em unidades de internação. No entanto, como o objetivo principal do tratamento do TUSs é proporcionar readaptação à vida em sociedade, o trabalho de gerenciamento deve centrar-se em planos de alta coordenação para ajudar a aumentar o engajamento e a adesão a níveis menos intensivos de cuidados, bem como reduzir as readmissões evitáveis em unidades de internação, emergência e prisão (RIBEIRO; LARANJEIRAS, 2012).

A gestão do cuidado poderia ser aplicada a vários outros subgrupos da população do TUS no Brasil. Por exemplo, em “crackolândia” de São Paulo, os trabalhadores existentes, que vinculam pacientes gravemente dependentes (e muitas vezes sem lar) ao tratamento, podem se juntar a psicólogos ou assistentes sociais em seus centros de tratamento locais para melhorar o planejamento da transição e colmatar as lacunas com profissionais que trabalham nos demais níveis de atenção e com o sistema de justiça. Particularmente, dado o grande

número de pacientes nessa população com HIV / AIDS e sífilis, são essenciais fortes vínculos com serviços médicos específicos (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Apesar de sugerirmos que a gestão de cuidados pode melhorar o tratamento de TUSs no Brasil, não afirmamos que seja a solução definitiva para todos os desafios enfrentados pelo sistema. Um equívoco comum sobre essa intervenção é que, ao incorporá-la ao contínuo, ela melhorará automaticamente as necessidades de saúde de um indivíduo. A gerência do cuidado não é tratamento para TUSs; em vez disso, é um método pelo qual os indivíduos podem estar conectados aos cuidados e serviços necessários. Além desse equívoco, outros fatores (por exemplo, variação na terminologia / definição usada para descrever o gerenciamento do cuidado, a expectativa de que o gerenciamento do cuidado melhorará inúmeros e variados resultados, e a falta de um método / ferramenta universal) para medir a eficácia) levaram a resultados mistos sobre a eficácia desta intervenção. No entanto, mesmo o modelo menos intensivo de gerenciamento de cuidados mostrou influenciar positivamente a utilização do serviço e reduzir os problemas relacionados ao uso de substâncias.

## **6. ESTUDOS CORRELATOS**

O estudo de Faller et al. (2014), avaliou o perfil de pessoas que procuraram tratamento toxicológico selecionadas em cinco centros de pesquisa localizados em quatro estados brasileiros. Os pacientes selecionados nos quatro estados brasileiros foram semelhantes, sugerindo que a amostra era representativa da população geral de pessoas que buscam tratamento no Brasil, embora algumas características distintivas sejam abordadas abaixo. Além disso, os achados destacam as complexidades envolvidas no tratamento do abuso de substâncias, com diversas variáveis influenciando o planejamento do tratamento e o manejo do paciente. Um cenário tão complexo inclui variáveis individuais (por exemplo, a presença de comorbidades e gravidade adicional) e também fatores ambientais (por exemplo, características do sistema de saúde, apoio social / familiar, etc.).

A predominância de pacientes do sexo masculino foi relatada em estudos anteriores de abuso de substâncias e em instalações especializadas de tratamento. As mulheres, por sua vez, são conhecidas por buscar mais ajuda para o tratamento do uso de álcool e problemas de saúde mental, mas o estigma que ainda envolve as mulheres dependentes muitas vezes atrasa ou dificulta a decisão de procurar tratamento. Além disso, o fato de as mulheres geralmente relatarem pior suporte social do que os homens poderia influenciar a gravidade do uso de substâncias. Um estudo brasileiro de mulheres usuárias de álcool atendidas em um

ambulatório especializado mostrou que a maioria delas apresentava dependência grave (ELBREDER et al., 2008).

Há evidências de que um ambiente familiar marcado por negligência, abandono, abuso físico e falta de diálogo está associado ao início do uso de drogas. Portanto, é difícil saber se as relações disfuncionais comumente observadas entre usuários de drogas são causadas pelo abuso de drogas per se, ou se são consequência de padrões familiares disfuncionais.

Como esperado, os pacientes recrutados no CETAD, único centro de pesquisa localizado no estado da Bahia, nordeste do Brasil, diferiram do restante da amostra em relação à etnia: os pacientes com CETAD eram predominantemente afro-brasileiros, comparados com a maioria dos caucasianos selecionados em as outras regiões. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, cerca de 78% da população da Bahia é afro-brasileira. Mais uma vez, este é um exemplo da variabilidade típica enfrentada por estudos realizados em grandes países como o Brasil e justifica a inclusão de sites de coleta de dados localizados em diferentes regiões, a fim de ampliar a validade do estudo. No entanto, apesar das diferenças étnicas observadas entre os centros envolvidos, a gravidade dos problemas relacionados ao uso de drogas foi muito semelhante nas diferentes regiões avaliadas (FALLER et al., 2014).

O nível educacional tem sido associado ao status social e econômico no Brasil. Como resultado de falhas no sistema público de saúde brasileiro, indivíduos com melhores condições financeiras tendem a melhor identificar e encontrar instalações de tratamento, o que provavelmente explica as taxas de educação superior encontradas em algumas amostras. Além disso, embora a educação seja mais conhecida entre as mulheres no Brasil, estudos encontraram resultados mais baixos, onde a maioria das mulheres é tratada. Esse achado pode ser resultado de características específicas dos pacientes tratados naquele centro, mas ressalta a importância de estudar as características dos usuários de drogas e investigar como essa população difere de não usuários de drogas. Um estudo conduzido por Lincoln et al. (2006) nos Estados Unidos mostrou uma associação entre o baixo nível de alfabetização e taxas mais altas de sintomas depressivos em uma população dependente de álcool e drogas.

Dados oficiais para 2008 revelam taxas de desemprego muito menores no Brasil, tão baixas quanto 9,8%, o que aponta para a gravidade dos problemas relacionados ao abuso de drogas, incluindo pobreza e uma relação circular de causa e efeito envolvendo procura de emprego e desemprego entre usuários de drogas / álcool (SANTOS, 2008).

De acordo com Caetano & Laranjeira (2006), vários fatores contribuem para as altas taxas de uso de álcool observadas no Brasil, como a expansão das indústrias locais de álcool

como resultado de crescimento socioeconômico, propaganda maciça, baixa precificação e falta de políticas adequadas de consumo.

O centro do CETAD mostrou a maior prevalência de uso de maconha, o que evidencia a influência de fatores culturais na escolha de medicamentos. A maconha foi introduzida e distribuída no Brasil através do tráfico atlântico de escravos, que trouxe pessoas da África em navios que atingiram principalmente o estado da Bahia, na costa nordeste brasileira. Alguns autores supõem que a alta prevalência de uso e abuso de maconha atualmente observada no estado da Bahia ainda é um legado desse período. Da mesma forma, a alta taxa de uso de inalantes obtida na amostra do PROJAD pode sugerir um viés de seleção da amostra ou uma especificidade cultural local no Rio de Janeiro (FALLER et al., 2014).

A alta taxa de consumo excessivo de álcool encontrada na amostra do PROJAD confirma um padrão de consumo que já havia sido relatado entre jovens e adultos brasileiros. De acordo com o Instituto Nacional sobre Abuso de Álcool e Alcoolismo, o conceito de beber compulsivo ou "beber episódico pesado" surgiu com base em evidências que sugerem um aumento do risco de problemas associados ao padrão de consumo e é definido como o consumo de cinco ou mais bebidas alcoólicas para homens e quatro ou mais bebidas para mulheres em uma ocasião. Um quarto dos usuários de álcool ingerem quantidades excessivas de álcool e apresentam problemas relacionados ao consumo excessivo de álcool. O estudo de Laranjeira et al. (2007) realizado com 2.346 indivíduos com 18 anos ou mais de idade mostrou que 28% bebiam regularmente e 25% relataram pelo menos um problema relacionado a esse comportamento.

Na última década, um aumento no consumo de cocaína tem sido documentado no Brasil, tanto na população geral quanto entre estudantes, como resultado de um uso cada vez mais difundido de crack. As barreiras e dificuldades enfrentadas pelo sistema público de saúde brasileiro para acomodar as necessidades de pacientes dependentes de cocaína e crack em tratamento, especialmente em decorrência do fechamento de leitos psiquiátricos, são bem conhecidas. No entanto, a maioria dos estudos conduzidos em outros países para analisar as características dos que buscam tratamento tem se concentrado predominantemente em usuários de álcool ou roncadores de cocaína. Portanto, faltam estudos avaliando as características dos usuários de crack e o papel do crack como droga motivadora da busca pelo tratamento (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

A gravidade dos problemas relacionados ao abuso de substâncias é pouco compreendida no Brasil, mas tem sido descrita em vários estudos realizados em todo o mundo. Estudos americanos sugeriram uma possível associação entre eventos traumáticos na

infância e aumento da gravidade do abuso de drogas, além de uma maior vulnerabilidade à recaída nesse subgrupo de pacientes. Outro estudo realizado na Índia em 2003 mostrou que indivíduos em busca de tratamento para abuso de substâncias psicoativas, especialmente aqueles que apresentam comorbidades psiquiátricas, apresentam maior risco de contrair o HIV (CAREY et al., 2003). Achados semelhantes foram relatados no Brasil.

Outra questão importante neste cenário é a possível relação entre os problemas relacionados ao abuso de substâncias e as razões dos pacientes para procurar tratamento. Há evidências de que sintomas físicos, como a dor relacionada à abstinência, muitas vezes motivam a busca por tratamento. Cunninghame Breslin (2004) mostraram que, em uma população de dependentes de álcool, aqueles com diagnóstico de dependência tinham maior probabilidade de procurar tratamento, sugerindo uma influência da gravidade da dependência desse desfecho. No entanto, a maioria dos estudos até agora tem sido realizada em populações com baixas taxas de abuso de crack quando comparadas com o Brasil. Essa diferença pode sugerir que o padrão de consumo de drogas em geral e de consumo de crack, em particular no Brasil, pode ser diferente (e significativamente maior) do que em outros países. Finalmente, as taxas crescentes de mortalidade associadas ao uso de crack em populações jovens ressaltam ainda mais a gravidade da epidemia de crack no Brasil.

Em 2008, uma amostra de pacientes do sexo feminino que procuraram tratamento para o alcoolismo foi avaliada quanto às diferenças entre os pacientes que abandonaram precocemente e os que não abandonaram o serviço. O estudo não identificou nenhum fator social ou demográfico significativamente associado ao abandono precoce, mas sugeriu uma associação deste último com o padrão de consumo de álcool. Outro estudo que avaliou uma população de mulheres usuárias de drogas psiquiátricas em São Paulo mostrou que as representações sobre o uso de álcool nessas mulheres estavam vinculadas a questões familiares, profissionais e de gênero, indicando que a busca por tratamento não foi motivada apenas pelo consumo de substâncias *per se*, mas por todas as áreas afetadas por tal uso. (OLIVEIRA; NAPPO, 2008).

Finalmente, outro aspecto que deve ser levado em consideração é que as características específicas dos serviços de saúde procurados pelos usuários de drogas também podem influenciar sua decisão de buscar tratamento. Esses aspectos podem incluir questões políticas (por exemplo, o financiamento recebido por cada serviço) e também características de cada programa de tratamento individual (por exemplo, critérios complexos de admissão, ausência de serviços apropriados para grupos como mulheres, listas de espera e falta de cooperação entre serviços).

Em suma, os esforços devem continuar voltados para a identificação e compreensão de populações em maior risco de abuso de drogas e para a melhoria contínua de nosso conhecimento sobre comportamentos aditivos no Brasil e no mundo. Tomados em conjunto, esses dados podem ser extremamente úteis para o desenvolvimento de intervenções custo-efetivas destinadas a aumentar a procura por tratamento e taxas de adesão ao tratamento, conseqüentemente diminuindo a recaída e reduzindo os custos sociais e financeiros envolvidos no tratamento do abuso de substâncias.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As lacunas no acesso ao tratamento de transtornos por uso de substâncias, bem como a fragmentação dentro do sistema público de saúde existente no Brasil, indicam a necessidade de intervenções mais direcionadas para alcançar a integração dos serviços de saúde.

O gerenciamento de cuidados oferece uma solução viável para conectar pessoas que precisam de tratamento, mas pode não estar ciente dos recursos disponíveis e fornece suporte para manter os pacientes em tratamento enquanto eles se movem ao longo do atendimento contínuo. Essa abordagem não apenas oferece serviços centrados no paciente, mas também a flexibilidade de se adaptar às necessidades de qualquer população. As intervenções existentes no Brasil poderiam servir de modelo para a adoção da gestão do cuidado, tornando-a uma opção viável para melhorar e aumentar o acesso a serviços de tratamento para a população de TUSs do país.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. **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. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm) >. Acesso em: 25 out. 2018.
- CAETANO, R, LARANJEIRA R. A 'perfect storm' in developing countries: economic growth and the alcohol industry. **Addiction**. 2006;101:149-52.
- CAREY, MP, CHANDRA PS, CAREY KB, NEAL DJ. Predictors of HIV risk among men seeking treatment for substance abuse in India. **Arch Sex Behav**. 2003;32:339-49.

- CARVALHO, S. **Política criminal de drogas no Brasil**: estudo criminológico e dogmático da Lei 11.343/06. 8. ed. rev. e atual. São Paulo: Saraiva, 2016.
- CUNNINGHAM, JA, BRESLIN FC. Only one in three people with alcohol abuse or dependence ever seek treatment. **Addict Behav.** 2004;29:221-3.
- DUARTE, P. C. A. V. E DALBOSCO, C. **A Política e a Legislação Brasileira sobre Drogas.** In: SENAD. Prevenção ao uso indevido de drogas. Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias. Brasília:SENAD, 217-236, 2011.
- ELBREDER, MF, LARANJEIRA R, SIQUEIRA MM, BARBOSA DA. Perfil de mulheres usuárias de álcool em ambulatório especializado em dependência química. **J Bras Psiquiatr.** 2008;57:9-15.
- FALLER, Sibeles et al . Who seeks public treatment for substance abuse in Brazil? Results of a multicenter study involving four Brazilian state capitals. **Trends Psychiatry Psychother.** Porto Alegre , v. 36, n. 4, p. 193-202, Dec. 2014 .
- HORTA, R. L.; HORTA, B. L.; ROSSET, A.P. E HORTA, C. L. Perfil dos usuários de crack que buscam atendimento em Centros de Atenção Psicossocial. **Cadernos de Saúde Pública.** 27 (11). 2263-2270, 2011.
- KANTORSKI, L. P.; JARDIM, V. M. R.; WETZEL, C.; OLSCHOWSKY, A.; SCHNEIDER, J. F.; RESMINI, F.; HECK, R. M.; BIELEMANN, L. M.; SCHWARTZ, E.; COIMBRA, V.C.C.; LANGE, C. E SOUSA, A. S. S. Contribuições do Estudo de Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial da Região Sul do Brasil. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental,** 1(1), 01-09, 2009.
- LARANJEIRA, R, PINSKY I, ZALESKI M, CAETANO R. **I Levantamento Nacional sobre os padrões de consumo de álcool na população brasileira. Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas,** Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIAD), e Secretaria Nacional Antidrogas, Presidência da República, Gabinete de Segurança Nacional (SENAD ). 2007.
- LINCOLN, A, PAASCHE-ORLOW MK, CHENG DM, LLOYD-TRAVAGLINI C, CARUSO C, SAITZ R, et al. Impact of health literacy on depressive symptoms and mental health-related: quality of life among adults with addiction. **J Gen Intern Med.** 2006;21:818-22.
- MARSDEN, J, GOSSOP M, STEWART D, ROLFE A, FARRELL M. Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment Outcome Research Study. **Br J Psychiatry.** 2000;176:285-9.

OLIVEIRA, L. G.; NAPPO, A. S. Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. **Revista de Psiquiatria Clínica**, 35(6), 212-218, 2008.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **O Tratamento do usuário de crack**. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANTOS, GPG. Unemployment, informality and precariousness: the labor market situation in Brazil after 1990. **Pro-Prosições**. 2008;19:151-61.

WECHSBERG, W.M., LUSENO W, ELLERSON RM. Reaching women substance abusers in diverse settings: stigma and access to treatment 30 years later. **Subst Use Misuse**. 2008;43:1277-9.

XAVIER, R.T.; MONTEIRO J. K. Tratamento de Pacientes Usuários de crack e outras drogas nos CAPS AD. **Psic. Rev. São Paulo**, v. 22, n.1, 61-82, 2013. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/viewFile/16658/12511>>. Acesso em: 24 out. 2018.

Data de submissão: 31 de outubro de 2018.  
Data de aprovação: 18 de dezembro de 2018.

<b>NOVA HILEIA: REVISTA ELETRÔNICA DE DIREITO AMBIENTAL DA AMAZÔNIA COMISSÃO EDITORIAL</b>	
<b>Editor Chefe</b>	Prof. Dr. Sandro Nahmias de Melo
<b>Editor Adjunto</b>	Prof. Me. Denison Melo de Aguiar
<b>Editores Assistentes</b>	Profa. Ma. Carla Cristina Torquato Profa. Ma. Adriana Almeida Lima Profa. Ma. Dayla Barbosa Pinto Prof. Me. Luiz Cláudio Pires Costa Profa. Esp. Monique de Souza Arruda
<b>Revisão</b>	Profa. Esp. Monique de Souza Arruda
<b>Revisão Final</b>	Prof. Me. Denison Melo de Aguiar