


Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas: Seis anos de uma intervenção*

Marcelo Ribeiro^{1,2,3}

 <https://orcid.org/0000-0003-1167-5559>


Luciane Ogata Perrenoud^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5574-6681>

Rosana Frajzinger¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9073-5454>


Ana Leonor Sala Alonso⁴

 <https://orcid.org/0000-0003-2246-8424>

Sonia Palma^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0003-3152-4758>

Antonio Pires Barbosa⁵

 <https://orcid.org/0000-0001-6478-6522>

Objetivo: descrever a evolução dos modelos de intervenção e tratamento do Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas do Estado de São Paulo, apresentando dados de produção dos últimos 6 anos. **Método:** estudo transversal, retrospectivo, com dados e registros dos atendimentos realizados entre 2013 e 2018 em diversos setores do CRATOD. **Resultados:** o serviço contabilizou nos últimos seis anos 204.933 registros de atendimentos sendo 31.807 de casos novos, 12.318 testes rápidos para HIV, Sífilis, Hepatite B e C e atendeu 69 pacientes na Moradia Monitorada. **Conclusão:** a linha de cuidados do serviço engloba três premissas: acolhimento com escuta qualificada, tratamento ambulatorial/hospitalar e reinserção social, nesse contexto, o profissional de enfermagem aparece como peça fundamental durante todas as fases do tratamento. A consistência desse trabalho em conjunto com a equipe multiprofissional resultou na consolidação e estruturação de um fluxo de atendimento que visa a constante motivação e cuidado do dependente químico.

Descritores: Transtornos Relacionados ao Uso de Substâncias; Cocaína Crack; Política Pública; Redução do Dano.

* A publicação deste artigo na Série Temática "Recursos Humanos em Saúde e Enfermagem" se insere na atividade 2.2 do Termo de Referência 2 do Plano de Trabalho do Centro Colaborador da OPAS/OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil.

¹ Centro de Referência Álcool Tabaco e Outras Drogas do Estado de São Paulo, Secretaria da Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Psiquiatria, São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade Nove de Julho, Departamento de Medicina, São Paulo, SP, Brasil.

⁴ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Gabinete do Secretário e Assessorias, São Paulo, SP, Brasil.

⁵ Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Coordenação de Serviços de Saúde, São Paulo, SP, Brasil.

Como citar este artigo

Ribeiro M, Perrenoud LO, Frajzinger R, Alonso ALS, Palma S, Barbosa AP. Reference Center for Alcohol, Tobacco and Other Drugs: Six years of intervention. SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2021 jul.-set.;17(3):27-36. doi: <https://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2021.169813>

Reference Center for Alcohol, Tobacco and Other Drugs: Six years of intervention

Objective: to describe the evolution of the intervention and treatment models of the Reference Center for Alcohol, Tobacco and Other Drugs in the State of São Paulo, submitting production data for the last 6 years. **Method:** a cross-sectional and retrospective study, with data and records of the consultations carried out between 2013 and 2018 in different CRATOD sectors. **Results:** the service counted 204,933 service records in the last six years, 31,807 of which were new cases, 12,318 rapid tests for HIV, Syphilis, and Hepatitis B and C. and served 69 patients in the Monitored Housing. **Conclusion:** the service's line of care encompasses three premises: reception with qualified listening, outpatient/hospital treatment and social reintegration, in this context, the nursing professional appears as a fundamental part during all treatment phases. The consistency of this work in conjunction with the multi-professional team resulted in the consolidation and structuring of a service flow aimed at the constant motivation and care of the drug addict.

Descriptors: Substance-Related Disorders; Crack Cocaine; Public Policy; Harm Reduction.

Centro de Referencia en el tratamiento de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas: Seis años de intervención

Objetivo: describir la evolución de los modelos de intervención y tratamiento del Centro de Referencia en el tratamiento de Alcohol, Tabaco y Otras Drogas en el Estado de São Paulo, presentando datos registrados en los últimos 6 años. **Método:** estudio transversal, retrospectivo, con datos y registros de las consultas realizadas entre 2013 y 2018 en diferentes sectores de CRATOD. **Resultados:** se computaron 204,933 registros de servicio en los últimos seis años, 31,807 de los cuales referían a casos nuevos, 12,318 pruebas rápidas para VIH, Sífilis, Hepatitis B y C y fueron atendidos 69 pacientes en la Vivienda Monitoreada. **Conclusión:** la línea de atención del servicio abarca tres premisas: admisión con escucha calificada, tratamiento ambulatorio/hospitalario y reintegración social, en este contexto, el profesional de enfermería surge como parte fundamental en todas las fases del tratamiento. La coherencia de este trabajo junto con el equipo multiprofesional dio como resultado la consolidación y estructuración de un flujo de servicio dirigido a la motivación y el cuidado constante del adicto.

Descriptores: Trastornos Relacionados con Sustancias; Crack de Cocaína; Política Pública; Reducción de Daños.

Introdução

O consumo contemporâneo de substâncias psicoativas se tornou uma questão de saúde pública de enorme diversidade e complexidade⁽¹⁾. Atualmente, 1 em cada 200 pessoas entre 15 e 64 anos apresenta algum tipo de complicação relacionada ao consumo de alguma substância psicoativa⁽²⁾, com danos significativos para o indivíduo, sua família e seus grupos de convívio – incluindo perda da produtividade, piora dos padrões de saúde, desadaptação social e maior envolvimento com a criminalidade⁽²⁾.

Até há pouco mais de meio século, o consumo de substância psicoativas era pouco compreendido e problematizado do ponto de vista científico, sendo encarado ora como sinal de degradação moral e caso de polícia, ora como uma forma inofensiva de se alcançar um modo elevado e pacífico de viver a liberdade individual e o autoconhecimento.

Na transição de 1980, tanto a neurobiologia quanto a epidemiologia clínica demonstraram, para além das dualidades maniqueístas, que o consumo de substâncias psicoativas e seus problemas associados são multifacetados e variam ao longo do tempo⁽³⁾. Esse mesmo corpo de conhecimento levou ao desenvolvimento de um sistema de tratamento que se tornou paulatinamente mais abrangente e eficaz.

Desse modo, ao mesmo tempo em que se atua para normalizar o funcionamento cerebral do usuário afetado e oferecer suporte psicossocial para sua mudança de comportamento, as consequências negativas do consumo de drogas, tais como problemas de saúde decorrentes da dependência, danos sociais, mortalidade/suicídio, doenças infecciosas, comorbidades psiquiátricas e exclusão social passaram a ser encaradas como parte do processo de reinserção social e de resgate da cidadania para esses indivíduos⁽³⁾.

Atualmente, o tratamento aplicado de maneira correta e no momento apropriado pode fazer a diferença na qualidade de vida e no processo de recuperação dos indivíduos com problemas relacionados ao consumo de substâncias psicoativas⁽⁴⁾, contribuindo de modo decisivo para que esses voltem a participar socialmente como membros de suas comunidades⁽³⁾.

Apesar do tratamento estar cada vez mais relacionado à melhora dos padrões de consumo, apenas 1 em cada 11 usuários que necessitam atendimento, na América Latina, tem acesso a programas de tratamento especializados⁽²⁾. Em países da América Latina, as principais barreiras relatadas para o acesso ao tratamento, são: serviços e/ou instalações inapropriados; opções insuficientes de tratamento ou de medicação; falta de profissionais qualificados; longos tempos de espera ou horários limitados de funcionamento; distância geográfica dos serviços ou falta de opções de transporte e estigma⁽⁵⁻⁷⁾.

No Brasil, os serviços dirigidos aos usuários de droga foram substancialmente expandidos ao longo da primeira década dos anos 2000⁽⁸⁾, primeiramente com a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS-AD) (2002) – que consiste num modelo multidisciplinar de tratamento para dependentes estruturado na comunidade – em conjunto com a definição da rede de atenção integral para usuários de substâncias psicoativas atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS)⁽⁹⁾. Posteriormente, através da publicação da Portaria 2.197, o Ministério da Saúde (2004) consolidou a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas⁽¹⁰⁾.

Em São Paulo, o Governo Estadual criou em junho de 2002 o Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas (CRATOD), com o intuito de constituir-se como uma referência para a definição de políticas públicas para promoção da saúde, prevenção e tratamento dos transtornos relacionados ao uso de álcool, tabaco e outras drogas. Em novembro de 2002, foi habilitado como CAPS-AD, agregando assim às suas finalidades iniciais outras características de atendimento assistencial. Já em 2004, a Secretaria de Estado da Saúde assumiu a Coordenação Estadual do Programa Nacional de Controle do Tabagismo (PNCT), com a missão de capacitar, organizar e manter o Programa junto aos municípios paulistas, ficando assim, o CRATOD responsável pela organização da Rede de Tratamento do Tabagismo.

Em 2013, o CRATOD passou a ser classificado como Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Drogas III – Qualificado (CAPS-AD III) aumentando sua abrangência e complexidade de tratamento. Ainda em 2013, com a criação do Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack, denominado “Programa Recomeço”, ampliou mais uma vez suas atividades, tornando-se o serviço de articulação e formação inicial da Rede Recomeço para o Estado de São Paulo, em conjunto com as Secretarias de Desenvolvimento Social e de Justiça e Defesa da Cidadania, agregando ao tratamento oferecido no CAPS a oferta referencial de leitos para desintoxicação através do sistema de regulação denominado Central de Regulação de Oferta de Serviços de Saúde (CROSS) e a possibilidade de acolhimento social em Comunidades Terapêuticas credenciadas e conveniadas.

Com relação ao Programa Recomeço, esse tem como premissa básica ajudar o usuário de substâncias psicoativas ao longo das várias etapas do seu processo de reinserção psicossocial. Para isso, o Programa vem disponibilizando uma Linha de Cuidados que abrangem ações de prevenção, tratamento, reinserção social, acesso à justiça e à cidadania, além da redução de situações de vulnerabilidade social e de saúde⁽¹¹⁾.

Contudo, o CRATOD vem contribuindo como um modelo assistencial multidisciplinar complexo e inédito no país que tem conseguido, ao longo dos últimos anos, incluir um leque de serviços de forma coordenada e integrada que tem sido a base para implementação de novas políticas públicas no Brasil.

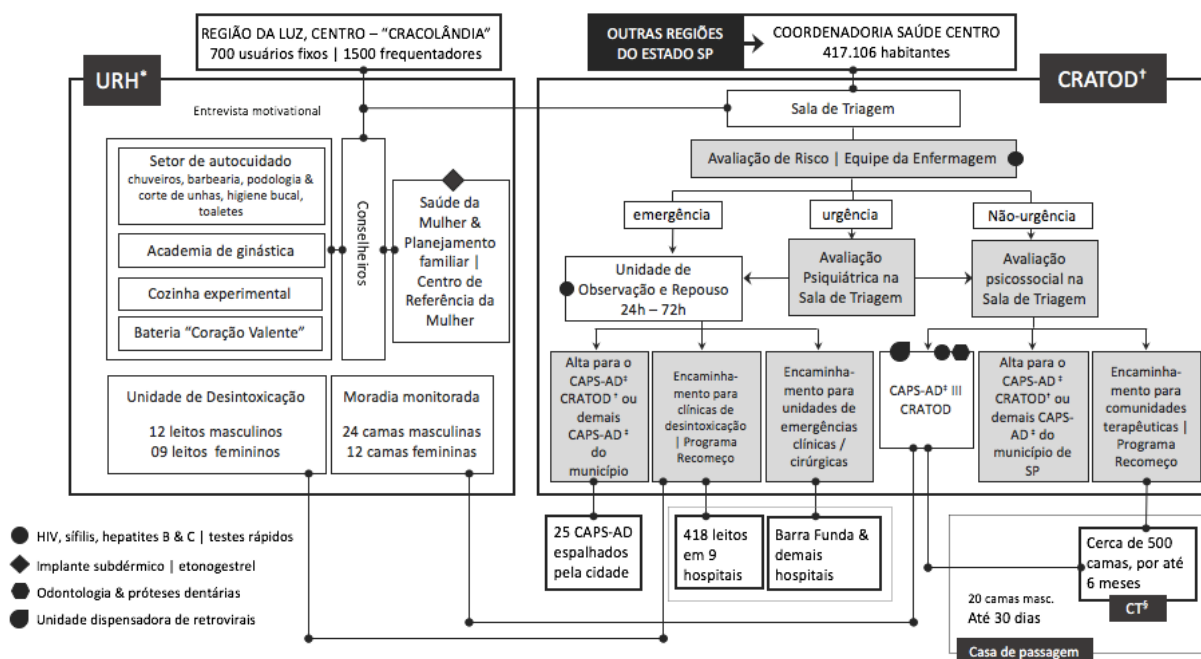
Desse modo, o objetivo deste artigo foi descrever a evolução dos modelos de intervenção e tratamento e seus respectivos dados de produção, realizados nos últimos 6 anos de atividade.

Método

Trata-se de um estudo transversal, retrospectivo, que utilizou os dados e registros dos atendimentos realizados entre 2013 e 2018 nos diversos setores do CRATOD. O modelo de atenção foi completamente desenvolvido no serviço somente a partir de 2016. Assim, para fins de comparação, os dados foram divididos em dois triênios - 2013 a 2015 e 2016 a 2018. O Comitê de Ética local aprovou este estudo (CAAE 68624617.5.0000.5505). Para fins de análises estatísticas, foram realizadas porcentagens e médias dos triênios.

Local: O CRATOD tem como referência a região central da cidade de São Paulo, que compreende uma população de 431.106 habitantes, distribuídos em oito distritos: Santa Cecília, Bela Vista, Liberdade, Consolação, República, Cambuci, Bom Retiro e Sé. O serviço está localizado na região da Estação da Luz (Bom Retiro), na qual também se encontra a maior área de consumo de crack a céu aberto do país, denominada "cracolândia"⁽¹²⁾.

A linha de cuidados do serviço engloba três premissas básicas: acolhimento com escuta qualificada, tratamento ambulatorial/hospitalar e reinserção social. Após a implementação do Programa Recomeço em 2013, no intuito de dar suporte às ações de abordagem, tratamento e reinserção social desenvolvidas pelo CRATOD em especial na cena de uso da "cracolândia", a Secretaria da Saúde criou a Unidade Recomeço Helvetia (URH), que se concentra num edifício de onze andares e oferece um espaço para ações de higiene e autocuidado, oficinas e atividade física, enfermarias para desintoxicação e moradia monitorada. As principais estratégias de atendimento desses dois serviços estão descritas na Figura 1.



*URH = Unidade Recomeço Helvétia; †CRATOD = Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas; ‡CAPS-AD = Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas; §CT = Comunidade Terapêutica

Figura 1 - Fluxograma dos serviços

Fase I - Acolhida dos usuários:

Abordagem de rua: realizada por conselheiros com treinamento em dependência química, tem como objetivo acolher, esclarecer e aconselhar os dependentes químicos e seus familiares, incentivando a procura por tratamento de forma espontânea.

Atividades recreativas, educativas e de autocuidado: são coordenadas por profissionais técnicos com o objetivo

de assessorar os usuários na ótica da redução de danos e na construção de vivências que possam melhorar a motivação, procurando elevar a aceitação e a aderência ao tratamento. Trata-se de ações de curta duração que ocorrem no Centro de Convivência da Unidade Recomeço Helvétia (URH), a partir de uma grade de atividades que contemplam: higiene e autocuidados (como: banho, corte de cabelo, podologia e barbearia), educação física (academia

de ginástica), gastronomia (cozinha experimental), artes e música (bateria, teatro e sarau), dentre outras.

Planejamento familiar - Projeto Gravius: supervisionado pela equipe de enfermagem do CRATOD e do Centro de Referência da Mulher do Hospital Pérola Byington. Tem como objetivo a prevenção da gravidez não-planejada em mulheres usuárias de drogas previamente selecionadas nas cenas de uso da "cracolândia" por busca ativa por agentes de saúde, do CRATOD ou URH, com intuito de reduzir danos sociais e familiares inclusive gerando menores custos ao serviço público⁽¹³⁾. Após fornecer esclarecimentos sobre a saúde da mulher, que inclui também todos os métodos anticoncepcionais, é proposto o implante subdérmico de etonogestrel realizado no Hospital Pérola Byington.

Fase II - Tratamento hospitalar e ambulatorial

Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS-AD): modelo realizado por uma equipe multidisciplinar com objetivo de atender usuários que necessitam de tratamento integral. O CAPS-AD III CRATOD funciona 24 horas e possui leitos de observação e repouso por até 14 dias. O tratamento é estruturado em 3 etapas (Intensivo, Semi-intensivo e Não-intensivo) de acordo com a gravidade e a necessidade individual do paciente, iniciando assim o chamado Projeto Terapêutico Singular (PTS) que consiste em adequar as atividades ao perfil do usuário, podendo incluir: atividades ocupacionais, esportivas e de desenvolvimento de cidadania, dentre outras. Após o fortalecimento dos vínculos e adesão ao tratamento, a fase final do programa objetivará a reinserção social. O CAPS a partir de 2007 passou a oferecer o atendimento odontológico aos pacientes assistidos no CRATOD, propiciando a reabilitação funcional e estética, para uma melhor reinserção social destes indivíduos.

Enfermaria de Desintoxicação: são leitos hospitalares para internação de curta permanência (de 15 a 30 dias), com o propósito de oferecer diagnóstico, desintoxicação e tratamento psiquiátrico. São cerca de 400 vagas em nove hospitais, a URH possui 21 desses leitos, regulados pela Central de Regulação de Ofertas e Serviços de Saúde (CROSS).

Triagem e Avaliação de risco: a triagem é o acolhimento de toda demanda espontânea do Sistema Único de Saúde (SUS). A avaliação de risco é gerenciada pela equipe de enfermagem do serviço e foi baseada no protocolo de acolhimento com Classificação de Risco do SUS adaptado para sintomas psiquiátricos. Assim, ao chegar ao CRATOD o paciente após ser avaliado recebe uma etiqueta com cores que revelam a gravidade do seu caso. Assim, tratando-se de uma emergência psiquiátrica com necessidade de uma avaliação imediata o paciente receberá uma etiqueta vermelha com tempo de espera de zero a cinco minutos, ou uma etiqueta amarela no caso de uma urgência e o paciente aguardará por no máximo

60 minutos. A etiqueta verde será fornecida nos casos em que não foi identificada uma urgência, podendo aguardar até 120 minutos⁽¹⁴⁾.

Testes rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Terapia Retroviral: após a realização da triagem uma equipe de enfermagem capacitada pelo Centro de Referência e Tratamento CRT-AIDS oferece ao paciente a possibilidade de testagem rápida para HIV, Sífilis, Hepatite B e C, de forma consentida e voluntária. A partir de maio de 2017, o CRATOD passou a fazer parte integrante da logística de distribuição e dispensação do elenco de medicamentos antirretrovirais, fornecidos pelo Ministério da Saúde, tornando-se assim Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM).

Unidade de Observação e Repouso: nos casos de uma indicação médica, os pacientes atendidos podem ficar em observação no CRATOD por até 72 horas, o serviço conta com 35 leitos (femininos e masculinos), 02 leitos de isolamento e 01 de urgência. A princípio, todos recebem ao menos uma avaliação social e psicológica e posteriormente poderão ser encaminhados para leitos de desintoxicação breve, para o CAPS-AD do próprio serviço ou de referência, ou ainda, para Comunidades Terapêuticas.

Fase III - Reinserção social

Comunidades Terapêuticas (CT): é um modelo de atenção e cuidado, voltado para a abstinência e dirigido àqueles em vulnerabilidade social e que desejam se tratar de forma voluntária. O Governo do Estado de São Paulo através do Programa Recomeço firmou uma parceria com a Federação Brasileira das Comunidades Terapêuticas (FEBRCT), o que possibilitou o CAPS AD III CRATOD realizar a triagem dos pacientes que necessitam desse tipo de serviço. Esse tipo de internação está indicado para casos que necessitam de permanência prolongada favorecendo o convívio voluntário entre pares. São ofertados cerca de 500 vagas e o tempo de acolhimento é de até seis meses, posteriormente uma ação articulada e planejada entre as CTs e os CAPS-AD de referência do paciente darão continuidade ao tratamento deste.

Parceria com grupos de mútua-ajuda: membros convidados dos grupos Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e o Grupo de Amor Exigente oferecem apoio e orientação de qualidade de forma gratuita. Assim, constituem um recurso que pode ser utilizado durante todo o processo de recuperação e um complemento eficiente ao tratamento ambulatorial⁽¹⁵⁾.

Casa de Passagem: inaugurada em 2015, oferece 20 vagas de acolhimento social por um período máximo de 30 dias, sendo um serviço de retaguarda do Programa Recomeço para aqueles que decidiram procurar ajuda espontaneamente, mas que tem seu desejo ameaçado pela falta de estrutura de moradia ou para aqueles

usuários que precisam aguardar de um a dois dias para serem encaminhados para as CTs conveniadas⁽¹⁶⁾.

Recomeço Família nos Centros de Integração da Cidadania (CIC): com o intuito de motivar o usuário de substâncias psicoativas a buscar ajuda por meio do envolvimento do familiar, uma parceria dos Centros de Integração da Cidadania (CIC) foi firmada com a Secretaria de Justiça e Defesa da Cidadania (SJDC) que resultou na ampliação da ação do Programa Recomeço instituindo o Recomeço Família nos CICs. As atividades são realizadas por uma equipe multidisciplinar e têm como objetivo orientar e tratar os familiares dos dependentes auxiliando-os na regularização de documentos pessoais, orientação jurídica e na mediação de conflitos familiares, com objetivo de reorganizar a vida dos usuários.

Moradia Monitorada do Programa Recomeço: serviço que faz parte URH e que oferece 36 vagas de moradia e tratamento para dependentes de crack em alta vulnerabilidade social que estão vinculados ao tratamento ambulatorial no CAPS AD III CRATOD e se encontram numa fase final do processo de recuperação. Trata-se de um espaço livre de drogas, com foco na manutenção da abstinência e reinserção social⁽¹⁷⁾.

Resultados

O Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) contabilizou 83.741 triagens durante esses seis anos, sendo 41.049 no primeiro triênio e 42.692 no segundo, com uma variação de crescimento de 4% nos últimos três anos.

O setor hospitalar responsável pela observação engloba os leitos de observação e repouso do CAPS AD III CRATOD e as internações de desintoxicação em leitos. Esse setor apresentou diferenças na análise dos dados comparativos do primeiro triênio para o segundo, foram

realizadas 6.824 internações voluntárias no primeiro triênio *versus* 5.933 no segundo, apresentando uma diminuição de 13%. No primeiro triênio, 1.738 pacientes se internaram involuntariamente *versus* 3.255 no segundo, resultando em um aumento de 87,3%. Das internações compulsórias houve um decréscimo comparativo de 45,5% (22 *versus* 12 internações respectivamente).

Quanto aos resultados da aplicação dos testes rápidos, estes estão disponíveis a partir de 2016 contabilizando 12.318 testagens, incluindo HIV, Sífilis, Hepatite B e C.

Em relação aos atendimentos no CAPS AD III CRATOD na modalidade Intensivo foram registrados 2.506 no 1º triênio e 8.512 no 2º triênio, com um aumento de 240%; o Semi-intensivo realizou 4.789 atendimentos e 10.596 respectivamente, representando um aumento de 121%. Os Grupos Terapêuticos tiveram um crescimento de 137% quando comparado os dois triênios (3233 *versus* 7.655) e o número de participantes cresceu 244% no mesmo período (27.102 *versus* 93.180).

O Recomeço Família instituído nos CICs atendeu 5.960 pessoas de 2014 a 2015 e no triênio seguinte 18.164, representando um aumento médio de 205%. Foram realizados 720 grupos no primeiro triênio e 1535 no segundo, com um aumento médio de 113%.

O acolhimento em Comunidades Terapêuticas cresceu em média 17% (3.048 *versus* 3.567 acolhimentos) nos últimos três anos do Programa Recomeço.

Em relação à Casa de Passagem houve 662 acolhimentos desde 2017 quando foi implantada. A Moradia Monitorada atendeu 69 moradores nos seus primeiros onze meses de funcionamento, sendo que 51% deles permaneceram na Moradia os demais foram reinseridos socialmente (Tabela 1).

Tabela 1 – Dados do Centro de Referência Álcool e Outras Drogas – de 2013 a 2018

Unidade (Nº)		2013	2014	2015	1Triênio	2016	2017	2018	2Triênio	Total
Atendimentos	Triagem	11.638	14.114	15.297	41.049	12.165	13.507	17.020	42.692	83.741
	Pacientes Novos	6.302	5.045	4.683	16.030	4.737	5.657	5.383	15.777	31.807
Internações	Voluntárias	1.857	2.765	2.202	6.824	2.080	2.066	1.787	5.933	12.757
	Involuntárias	435	711	592	1.738	842	1.316	1.097	3.255	4.993
	Compulsórias	3	14	5	22	2	2	8	12	34
CAPS*	Intensivo	-	1.620	886	2.506	1.809	2.598	4.105	8.512	11.018
	Semi-intensivo	-	2.850	1.939	4.789	2.253	3.810	4.533	10.596	15.385
Grupos Terapêuticos	Grupos	-	1.497	1.736	3.233	2.066	2.846	2.743	7.655	10.888
	Pacientes	-	13.454	13.648	27.102	25.562	33.850	33.771	93.180	120.282
Comunidade Terapêutica	Voluntárias	141	1.363	1.544	3.048	1.255	1.213	1.099	3.567	6.615
Casa de Passagem	Voluntárias	-	-	-	-	-	340	322	662	662

*CAPS = Centro de Atenção Psicossocial

Discussão

Os conceitos e as estratégias de tratamento para dependência química mudaram drasticamente nos últimos anos⁽¹⁸⁾. No Brasil, principalmente nos grandes centros, a pobreza, a falta de acesso e a escassez de serviços de saúde qualificados são os maiores desafios para o tratamento dessa enfermidade⁽¹²⁾. Nossos resultados mostram como essas mudanças conceituais e políticas, quando bem coordenadas, podem resultar na abrangência e eficácia do tratamento.

Foram anos de experimentações e adequações para atingir o modelo atual do CRATOD. Atualmente, ocupa o lugar do primeiro e mais complexo serviço especializado em dependência química existente nos países denominados *Low Middle Income Countries* (LMIC) capaz de oferecer uma abordagem contínua de tratamento, contemplando desde ações de baixa exigência até ações altamente complexas e sofisticadas de redução de demanda, destinadas a abarcar as inúmeras necessidades dos usuários⁽¹⁹⁾.

O modelo atual de atendimento e tratamento do serviço foi sendo adaptado ao longo dos últimos 6 anos, sendo que nos 3 primeiros iniciais foram anos de estruturação e implementação de novos programas, protocolos e convênios firmados. Nos anos seguintes, a consolidação do CRATOD como um serviço de excelência foi sendo estabelecida conjuntamente com um novo aporte nas políticas públicas brasileiras⁽²⁰⁾, resultando em um serviço que combina oferta de proteção social com diversas abordagens de tratamento⁽²¹⁾.

Inicialmente, a estruturação do fluxo de atendimento entre os serviços - URH e CRATOD - foi uma estratégia fundamental para integrar ações, que eram compreendidas a princípio como antagônicas⁽²¹⁾, mas que ao longo dessa parceria, mostraram-se complementares, e conseqüentemente, eficazes. Essa parceria somada com a oferta de atendimento 24 horas culminou na recepção de uma demanda de paciente bastante diversificada e um aumento de quase 400% nos registros de atendimentos computados pelo Núcleo de Informação e Estatístico do CRATOD (SAME) entre 2016 e 2018 em comparação com anos anteriores. Assim, as principais e mais comuns dificuldades de acesso ao tratamento especializado vêm aos poucos sendo superadas no país.

No entanto, outras questões que impedem a busca por tratamento ainda hoje permanecem presentes em uma parcela da sociedade e em parte dos ambientes de tratamento de saúde⁽²²⁾. Assim, o estímulo para se tratar é fundamental para superar possíveis resistências⁽⁹⁾; para isso a capacitação dos profissionais especializados é peça essencial para um acolhimento que incentive e motive o indivíduo para que consiga dar os primeiros passos rumo à abstinência⁽²³⁻²⁴⁾. Nesse sentido, o Programa Recomeço e o CRATOD têm se preocupado com a qualificação

anual dos seus funcionários e com cada fase desde o pré-tratamento até o tratamento formal, ofertando ao indivíduo inicialmente apoio e cuidado, e posteriormente, um leque de possibilidades de tratamentos dependendo da gravidade de cada caso⁽²⁵⁾. Esse trabalho minucioso incide no estímulo para que o paciente busque voluntariamente o tratamento.

Ademais, ao longo desses seis anos o CAPS AD III CRATOD teve um importante crescimento no seu atendimento baseado na formulação do Projeto Terapêutico Singular (PTS) e na definição das fases do tratamento, desde a adesão até a fase da manutenção da abstinência, passando pelos momentos de lapsos e recaídas⁽²⁶⁾. Nessa perspectiva, nossos resultados mostram o aumento da demanda e da adesão ao tratamento, elevando em 240% os atendimentos na modalidade intensivo do CAPS AD III CRATOD, sendo essa modalidade direcionada a casos de maior gravidade devido à falta de apoio e suporte social que exige uma organização diária da rotina e da motivação do usuário.

Devido a esse expressivo aumento da procura ao serviço e com a inauguração da URH, em meados de 2016, a unidade de observação e repouso do CRATOD passou a contar com leitos de desintoxicação masculinos e femininos e em 2013 tornou-se o serviço de articulação do Programa Recomeço, e em conjunto com as Secretarias de Desenvolvimento Social e de Justiça e Defesa da Cidadania agregou ao tratamento ofertado no CAPS AD III CRATOD, a possibilidade de internação para desintoxicação regulado pelo CROSS e o acolhimento social voluntário em Comunidades Terapêuticas (CT)⁽²⁷⁾.

A redução de 13% das internações voluntárias do primeiro triênio para o segundo pode ser explicada devido à melhora na experiência e na capacitação do corpo clínico e no aperfeiçoamento dos critérios médicos diagnósticos, reduzindo assim as internações voluntárias por demanda exclusivamente social. Uma segunda razão pode ser pelo fato do CRATOD passar a atender os casos mais graves da rede de saúde, como os usuários com graves comorbidades psiquiátricas e clínicas, que requerem intervenções mais agudas como as internações breves⁽²⁸⁾. Nessa mesma acepção, a diminuição de 17% nas internações em CTs foi devida à construção de novos protocolos para internação nesse tipo de ambiente de tratamento atrelada à descentralização das vagas para os Departamentos Regionais de Saúde (DRS) do Estado de São Paulo.

Assim, uma avaliação criteriosa do diagnóstico clínico do paciente bem como os fatores relativos à qualidade da prestação do serviço de saúde é de suma importância para o alcance das metas de adesão e sucesso do tratamento nessa população. Nessa perspectiva, a constante atualização no que se refere à valorização das práticas de tratamento, tanto no âmbito da psiquiatria

e farmacologia, bem como no manejo das situações de emergência e urgência, incluindo a internação e suas modalidades, além das técnicas de avaliação psicológica e psicoterapia, com foco no constante treinamento dos profissionais dentro da proposta de multidisciplinaridade vigente no CRATOD são fatores frequentemente analisados para a melhoria do atendimento, conseqüentemente, trazendo inovações.

Pesquisas recentes têm demonstrado a ligação entre altas taxas de prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e o uso de crack, principalmente nos países de baixa e média renda⁽²⁹⁾. Diante desse cenário, o CRATOD, em consonância com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), instituiu em 2016, o rastreamento através da testagem rápida de alta sensibilidade e o tratamento das doenças mais prevalentes nessa população⁽³⁰⁻³²⁾, ofertando medicamentos para tratamento da sífilis, das hepatites (B e C) e do HIV, contabilizando em 2018, mais de 12 mil testagens⁽³³⁻³⁴⁾.

Essas intervenções vão de encontro com uma nova ótica mundial do tratamento da dependência química, que considera como parte do processo de reinserção social o resgate da saúde e da cidadania do usuário de drogas⁽⁴⁾. Ações nesse sentido, também foram o escopo do Programa Recomeço Família que reduziu os danos sociais e judiciais decorrentes do consumo de substâncias através do atendimento de mais de 18 mil pessoas, um aumento de 240% do primeiro triênio em comparação com o segundo.

A exclusão social decorrente da degradação dos vínculos nos anos de consumo de drogas é comum nessa população, principalmente entre os usuários de crack⁽³⁵⁾. A vontade de querer se tratar ou mesmo em situações quando a abstinência já foi alcançada, não são atos que possam ser mais suficientes para que muitos usuários restitua seus relacionamentos familiares⁽³⁶⁾. Assim, a Casa de Passagem e as Moradias Monitoradas buscam sanar essa problemática, possibilitando em momentos diferentes do tratamento a oferta de estadia e moradia^(17,37). Essa rede de atenção e cuidado, que prioriza de forma pragmática o bem-estar e a busca da recuperação desses indivíduos, é capaz de aumentar a motivação e a conseqüentemente adesão ao serviço, viabilizando assim, a reinserção social⁽¹⁷⁾. Nossos resultados mostram que a taxa de efetividade foi de 51% em pacientes que finalizaram o processo de acompanhamento nos 11 primeiros meses de funcionamento da Moradia Assistida - um modelo inédito até então no Brasil⁽¹⁷⁾, indicado para os pacientes que de acordo com as necessidades de seu PTS alcançaram a abstinência, no entanto não possuem vaga imediata disponível nos equipamentos da rede social protetiva.

Dentro dessa lógica, o CRATOD transformou-se na instituição que mais realiza ações de baixa exigência,

na lógica da redução de danos no país, sendo o único que desenvolve modelos de acolhimento e moradia compatíveis com as diversas fases do longo processo de recuperação dos usuários de substâncias psicoativas.

Conclusão

Esse artigo traz os dados das experiências do CRATOD que ratificam a robustez dessas transformações ao longo dos últimos anos, demonstrando que a consolidação do serviço se estruturou através de um fluxo de atendimento que visa à constante motivação do usuário nas diversas etapas, comprometido com um atendimento baseado preferencialmente na comunidade, de maneira multidisciplinar e preocupado com o cuidado global do dependente químico.

Referências

1. Dias AC, Araújo MR, Dunn J, Sesso RC, de Castro V, Laranjeira R. Mortality rate among crack/cocaine-dependent patients: A 12-year prospective cohort study conducted in Brazil. *J Subst Abuse Treat.* 2011;41(3):273-8. doi: <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2011.03.008>
2. United Nations Office on Drugs and Crime [Internet]. World Drug Report Vienna: UNODC; 2017 [cited 2019 Nov 1]. Available from: <http://www.unodc.org/wdr2017/en/topics.html>
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European Drug Report 2017. [Internet]. Lisbon: EMCDD; 2017 [cited 2020 May 21]. Available from: http://www.emcdda.europa.eu/edr2017_en
4. Clinical Guidelines on Drug Misuse and Dependence Update 2017 Independent Expert Working Group Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management [Internet]. London: Department of Health; 2017 [cited 2017 July]. Available from: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/673978/clinical_guidelines_2017.pdf
5. da Silva J, Ventura CAA, da Costa Vargens OM, Loyola CMD, Albarracin DGE, Diaz J, et al. Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* [Internet] 2009 [cited 2020 May 21];17(spe):763-9. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000700002&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000700002>
6. Malta M, Cavalcanti S, Gliksman L, Adlaf E, Hacker A, Bertoni N, et al. Behavior and major barriers faced by non-injectable drug users with HBV/HCV seeking treatment for hepatitis and drug addiction in Rio de Janeiro, Brazil. *Ciênc Saúde Coletiva.* [Internet] 2011 Dec [cited 2020 May 21];16(12):4777-86. Available from: doi:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-

- 81232011001300026&lng=en. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011001300026>
7. Appel PW, Ellison AA, Jansky HK, Oldak R. Barriers to enrollment in drug abuse treatment and suggestions for reducing them: opinions of drug injecting street outreach clients and other system stakeholders. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2004;30(1):129-53. doi: <http://doi.org/10.1081/ada-120029870>
 8. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em Dados - 11, ano 7, nº 8. [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2011 [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/saude_mental_dados_v8.pdf
 9. Souza SL, Melo LG. Acolhimento aos usuários de crack de um Centro de Atenção Psicossocial: os sentidos atribuídos pelos trabalhadores. *SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2015;11(4):181-9. doi: <http://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v11i4p181-189>
 10. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 3.088, 23 de Dezembro de 2011 [Internet]. Diário Oficial da União, 26 dez 2011 [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
 11. Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo (BR). Decreto Nº 61.674, 02 de dezembro de 2015 [Internet]. Diário Oficial do Estado, 3 dez 2015 [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: <https://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2015/decreto-61674-02.12.2015.html>
 12. Ribeiro M, Duailibi S, Frajzinger R, Alonso ALS, Marchetti L, Williams AV, et al. The Brazilian "Cracolândia" open drug scene and the challenge of implementing a comprehensive and effective drug policy. *Addiction*. 2015 Oct 26. doi: <http://doi.org/10.1111/add.13151>
 13. Sakamoto LC, Malavasi AL, Karasin AL, Frajzinger RM, Araújo MR, Gebrim LH. Prevenção de gestações não planejadas com implante subdérmico em mulheres da Cracolândia, São Paulo. *Reprod Clim*. 2015;30(3):102-7. doi: <http://doi.org/10.1016/j.recli.2015.09.005>
 14. Souza CC de, Araújo FA, Chianca TCM. Produção científica sobre a validade e confiabilidade do Protocolo de Manchester: revisão integrativa da literatura. *Rev Esc Enferm USP*. 2015 Feb;49(1):144-51. <http://doi.org/10.1590/S0080-623420150000100019>
 15. Ministério da Saúde (BR). Saúde Mental em Dados - 12, ano 10, nº 12. [Internet]. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde; 2015 [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Report_12-edicao-do-Saude-Mental-em-Dados.pdf
 16. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (BR). Governo do Estado de São Paulo. São Paulo: CRATOD - Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas. [Internet]. [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/institucional/historico-do-cratod>
 17. do Carmo DA, Palma SMM, Ribeiro A, Trevizol AP, Brietzke E, Abdalla RR, et al. Preliminary results from Brazil's first recovery housing program. *Trends Psychiatry Psychother*. 2018 Dec;40(4):285-91. doi: <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0084>
 18. Ribeiro M, Perrenoud LO, Duailibi S, Duailibi LB, Madruga C, Marques ACPR, et al. The Brazilian Drug Policy Situation: The Public Health Approach Based on Research Undertaken in a Developing Country. *Public Health Rev*. 2013 Dec;35:7. doi: <https://doi.org/10.1007/BF03391706>
 19. Secretaria de Desenvolvimento Social de São Paulo (BR). Programa Recomeço: uma vida sem drogas. [Internet]. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo. [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/cratod-centro-de-referencia-de-alcool-tabaco-e-outras-drogas/institucional/historico-do-cratod> <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/portal.php/recomeco>
 20. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 130, de 26 de janeiro de 2012 [Internet]. Diário Oficial da União, 27 jan 2012 [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-130-26--JANEIRO-2012.pdf>
 21. Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo [Internet]. Programa Recomeço - Programa Estadual de Enfrentamento ao Crack. São Paulo: Governo do Estado de São Paulo. [Acesso 15 dez 2019]. Disponível em: http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ces/homepage/destaques/pleno-227/programa_recomeco_para_publicacao.pdf
 22. Cruz MS, Andrade T, Bastos FI, Leal E, Bertoni N, Lipman L, et al. Patterns, determinants and barriers of health and social service utilization among young urban crack users in Brazil. *BMC Health Serv Res*. 2013 Dec;13:536. doi: <http://doi.org/10.1186/1472-6963-13-536>
 23. Proctor SL, Wainwright JL, Herschman PL. Patient adherence to multi-component continuing care discharge plans. *J Subst Abuse Treat*. 2017;80:52-8. doi: [10.1016/j.jsat.2017.07.003](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.07.003)
 24. Albertani MB, Scivoletto S, Zemel MLS. Prevenção do uso indevido de drogas: fatores de risco e fatores de proteção. In: Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, organizadores. Atualização de conhecimento sobre redução da demanda de drogas. Florianópolis: Lagoa Editora; 2003. p. 63-86.
 25. Stubbs K, Merrill BM. Addiction Disorder Considerations for Patients Seeking Psychotherapy. *Innov Clin Neurosci*. 2019 Mar;16(3-4):11-5.
 26. Araújo LN, Bandeira ACN, Rocha NNV, Mororo FWP, Cavalcante JHV, Albuquerque JTPJ. Projeto terapêutico para usuários de múltiplas substâncias na atenção à saúde mental: relato de experiência. *Sanare Rev Saúde Pública*.

- 2015 [Acesso 14 mai 2020];14(2):130-4. Disponível em: <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/837/508>
27. Ministério da Saúde (BR). Resolução RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011. [Internet]. Brasília: Agência Nacional de Vigilância Sanitária; 2011 [Acesso 14 nov 2019]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2011/res0029_30_06_2011.html.
28. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb;184:163-8. doi: <http://doi.org/10.1192/bjpp.184.2.163>
29. Abdalla RR, Madruga CS, Ribeiro M, Pinsky I, Caetano R, Laranjeira R. Prevalence of cocaine use in Brazil: data from the II Brazilian national alcohol and drugs survey (BNADS). *Addict Behav*. 2014;39(1):297-301. doi: <http://doi.org/10.1016/j.addbeh.2013.10.019>
30. Cantor AG, Pappas M, Daeges M, Nelson HD. Screening for Syphilis: Updated Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016;315(21):2328-37. doi: <http://doi.org/10.1001/jama.2016.4114>
31. Cantor A, Nelson HD, Daeges M, Pappas M. Screening for Syphilis in Nonpregnant Adolescents and Adults: Systematic Review to Update the 2004 US Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2016 [cited 2019 Nov 16]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27336106/>
32. World Health Organization. Global incidence and prevalence of selected curable sexually transmitted infections [Internet]. Geneva: WHO; 2012 [cited 2019 Nov 16]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf
33. Ribeiro M. Thematic segment: mental health and HIV/AIDS – promoting human rights, an integrated and person-centred approach to improving ART adherence, well-being and quality of life [Internet]. 2018. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/PCB43_CRP2
34. Ribeiro M. Integra Saúde São Paulo. In: UNAIDS. Mental health and HIV/AIDS –promoting human rights, an integrated and person-centred approach to improving art adherence, well-being and quality of life. [Internet]. Geneva: UNAIDS Programme Coordinating Board Issue; 2018. Available from: https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/PCB43_CRP2
35. Paz FM, Colossi PM. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. *Estud Psicol*. 2013;18(4):551-8. doi: <https://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400002>
36. Bortolon CB. Family functioning and health issues associated with codependency in families of drug users. *Ciênc Saúde Coletiva*. [Internet]. 2016 [cited May 2020];21(1):101-7. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000100101&lng=en. doi:<https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20662014>
37. Pinho P, Hayasi MA, Oliveira AMM. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? *Arch Clin Psychiatry (São Paulo)*. [Internet]. 2008;35(suppl 1):82-8. [Acesso 30 maio 2020]. doi: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832008000700017>

Contribuição dos autores

Concepção e desenho da pesquisa: Marcelo Ribeiro. **Obtenção de dados:** Ana Leonor Sala Alonso, Rosana Frajzinger. **Análise e interpretação dos dados:** Luciane Ogata Perrenoud, Sonia Palma. **Análise estatística:** Luciane Ogata Perrenoud, Sonia Palma, Ana Leonor Sala Alonso. **Redação do manuscrito:** Luciane Ogata Perrenoud, Sonia Palma. **Revisão crítica do manuscrito quanto ao conteúdo intelectual importante:** Marcelo Ribeiro, Antonio Pires Barbosa.

Todos os autores aprovaram a versão final do texto.

Conflito de interesse: os autores declararam que não há conflito de interesse.


Recebido: 17.05.2020

Aceito: 14.08.2020

Autor correspondente:

Luciane Ogata Perrenoud

E-mail: lucianeogataperrrenoud@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-5574-6681>

Copyright © 2021 SMAD, Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.