

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
NÚCLEO DE PESQUISAS EM PSICOLOGIA CLÍNICA

RELATÓRIO FINAL

Caracterização dos Serviços de Atenção à Dependência Química da Região da Grande Florianópolis

EQUIPE

-
- **Prof^a Dr^a Daniela Ribeiro Schneider – coordenadora – Depto de Psicologia**
 - Bianca Sporh – aluna de graduação em psicologia
 - Carolina Leitão – aluna de graduação em psicologia
 - Michaela Accorsi – aluna de graduação em psicologia
 - Natália Sacatamburlo – aluna de graduação em psicologia
-

SUMÁRIO

| Itens | Página |
|---|---------------|
| Agradecimentos_____ | 03 |
| Resumo_____ | 04 |
| Objetivos_____ | 04 |
| Principais Etapas executadas_____ | 05 |
| Introdução_____ | 06 |
| Metodologia_____ | 09 |
| Descrição dos Resultados_____ | 13 |
| Discussão dos Resultados_____ | 37 |
| Conclusões_____ | 62 |
| Aspectos positivos e negativos da pesquisa_____ | 64 |
| Trabalhos publicados relacionados com a pesquisa_____ | 65 |
| Bibliografia_____ | 66 |
| Lista de Gráficos utilizados na descrição dos resultados_____ | 68 |
| Anexos_____ | 69 |

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Ms. Éder Braulio Leone, da UNISUL;
- Ao Prof. e Tenente-Coronel Jorge Luis Barbosa da Silva, presidente do Conselho Municipal de Entorpecentes / Florianópolis, na época do levantamento de dados da pesquisa;
- Ao Prof. Dr. José Baus, do Departamento de Psicologia da UFSC;
- Ao Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo, do Departamento de Psicologia da UFSC;
- À Prof^{ra}. Dr^a Lecila Duarte, do Departamento de Psicologia da UFSC;
- Ao Prof. Dr. Pedro Barbetta, do Departamento de Informática e Estatística da UFSC;
- À Márcia Regina da Silva, Assistente Social da Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis;
- Ao Wulphrano Pedrosa de Macedo Neto, psicólogo do setor de dependência química do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ);
- À Vanise dos Santos, psicóloga, auxiliar de pesquisas no Instituto de Psiquiatria da USP;
- À Alessandra Prado e Karine Ramos, na época estudantes de psicologia, auxiliares de pesquisas no Departamento de Psicologia da UFSC, que muito contribuíram na inserção de dados no Excel, hoje psicólogas;
- Ao projeto FUNPESQUISA 2002, da UFSC, que financiou esta pesquisa,
- A todos os dirigentes e membros de equipe técnica de Serviços que foram os respondentes da pesquisa e que possibilitaram a sua execução.

RESUMO

A situação de expansão do uso abusivo de drogas e do aumento do número de dependentes de substâncias psicoativas na Grande Florianópolis, a conseqüente dificuldade de prestar atendimento a toda essa demanda, bem como o questionamento da eficácia dos tratamentos realizados, colocou-nos frente à necessidade de realizar uma avaliação dos serviços oferecidos nesse setor, para que pudéssemos, além de compreender a realidade do atendimento a esse tipo de paciente em nossa região, contribuir para um planejamento coordenado da atenção a essa problemática, buscando minimizar a demanda reprimida. Esses foram, em traços gerais, os objetivos da presente pesquisa. Em termos metodológicos, pode ser classificada, como descritiva. Quanto aos procedimentos, consistiu em um estudo de campo: foram enviados questionários ao universo das instituições que atendem dependentes químicos na Grande Florianópolis, totalizando 28 serviços, sendo que em um (1) deles foi aplicado o questionário-piloto e vinte e um (21) deles responderam ao instrumento. Após este passo, foi realizada uma entrevista semi-estruturada com o responsável técnico pela instituição. Muitos são os dados coletados, podendo-se destacar, entre eles, o predomínio de instituições de caráter privado (9) e de caráter filantrópico (7), em detrimento dos serviços públicos (5); a falta de atendimento especializado para crianças e adolescentes, com predomínio dos serviços dirigidos ao público masculino; a quase inexistência de critérios de avaliação de resultados nos próprios serviços. Esses são alguns dos dados que nos oferecem um panorama da realidade do atendimento à dependência de álcool e de outras drogas na Região da Grande Florianópolis.

PALAVRAS-CHAVES:

1- Dependência de álcool e outras drogas 2- Dependência química
3- Serviços de Atenção à Saúde 4- Avaliação de serviços de saúde

OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Caracterizar os serviços de atenção à dependência química na Região da Grande Florianópolis, na dimensão dos serviços prestados e das concepções teórico-metodológicas.

Objetivos Específicos:

| | |
|------|---|
| Nº 1 | Identificar e mapear os Serviços de Atenção à Dependência Química (SADQ) na Região da Grande Florianópolis (RGF); |
| Nº 2 | Verificar as estatísticas referentes ao uso e abuso de drogas na Grande Florianópolis, bem como os dados sobre a demanda de serviços de atenção à dependência química e a existência de uma demanda reprimida; |
| Nº 3 | Descrever os aspectos institucionais dos SADQ encontrados na RGF: local; estrutura física; caráter (público ou privado); mantenedora ou fonte de financiamento; tipo(s) de problemática(s) atendida(s); capacidade de atendimento; população-alvo; composição da equipe técnica ou equipe de atendimento; |
| Nº 4 | Avaliar a relação entre demanda atendida e demanda reprimida no que se refere à assistência à dependência química na RGF; |
| Nº 5 | Descrever o modelo teórico de compreensão da dependência química nos SADQ; |
| Nº 6 | Descrever o modelo metodológico e os processos de intervenção nos SADQ; |
| Nº 7 | Identificar as tendências teórico-metodológicas que subsidiam os SADQ; |
| Nº 8 | Avaliar as tendências teórico-metodológicas identificadas; |
| Nº 9 | Verificar os resultados alcançados com o(s) modelo(s) de atendimento(s) encontrado(s). |

PRINCIPAIS ETAPAS EXECUTADA VISANDO O ALCANCE DOS OBJETIVOS

Do cronograma de execução do projeto foram realizadas as atividades previstas nos seguintes prazos:

- seleção de estudantes como auxiliares da pesquisa – realizada no prazo previsto- out 2002;
- treinamento dos estudantes – realizado no prazo previsto – outubro de 2002;
- revisão bibliográfica – realizada durante todo o desenvolvimento da pesquisa;
- coleta de dados preliminares = mapeamento e contato com as instituições a serem objeto da pesquisa – seu término estava previsto para dezembro 2002, mas foi concluída somente em março de 2003, em função de muitos endereços e telefones das listas a que tivemos acesso estarem errados e termos de refazer o caminho de contato com as instituições;
- elaboração dos questionários – estava previsto para dezembro de 2002, mas somente foi concluído em março de 2003, em função da colaboração de profissionais e especialista na área de metodologia de pesquisa e de dependência de álcool e drogas, o que acarretou em várias revisões dos instrumentos a serem utilizados (questionário e roteiro de entrevista);
- teste dos instrumentos – aplicação do questionário e entrevista piloto – estava previsto para janeiro de 2003, mas em função do atraso em sua elaboração, foi realizado no final de março e início de abril daquele ano;
- reajuste dos questionários – estava previsto para fevereiro, mas somente foi realizado em abril de 2003, em função da aplicação piloto do questionário e da entrevista ter sido concluída nesse mês;
- coleta de dados = observações e entrevistas – a previsão era que a coleta de dados acontecesse entre fevereiro e junho de 2003, mas como vimos acima, o começo desta etapa sofreu um atraso para o início de maio, durando até meados de setembro de 2003. A demora deveu-se, também, à dificuldade de agendamento das entrevistas com os responsáveis técnicos dos serviços avaliados que, na maioria das vezes, justificavam que o acúmulo de tarefas em suas instituições os levava a dispor de pouco tempo para responder à pesquisa;
- análise documental – não tivemos acesso a documentos dos serviços.
- tabulação dos dados – questionários – os dados do questionário foram tabulados e digitados no programa utilizado (Excel); Esse trabalho durou de outubro de 2003 a fevereiro de 2004, devido ao grande volume de dados;
- tabulação dos dados – entrevistas – as entrevistas foram transcritas, categorizadas e os dados também incluídos no programa Excel. Esse trabalho durou de outubro de 2003 a fevereiro de 2004, devido ao grande volume de dados;
- descrição dos dados – a descrição dos dados quantitativos foi realizada em março e abril de 2004;
- construção da grade de análise – houve aqui também um atraso significativo. A grade de análise foi construída em abril de 2004 e a análise qualitativa referente às concepções dos serviços que atendem dependentes de álcool e outras drogas foi concluída em maio de 2004;
- análise dos resultados – sua conclusão aconteceu em maio de 2004;
- avaliação dos serviços = avaliação dos resultados da pesquisa – Foi concluída em maio de 2004;
- elaboração do relatório final – Foi concluído em junho de 2004.

INTRODUÇÃO

O consumo de substâncias psicoativas é um fenômeno civilizatório, ou seja, sempre existiu em todas as culturas humanas o uso de substâncias que alteram os estados de consciência (Bucher, 1992; Masur, 1986). No entanto, as características desse consumo modificaram-se significativamente nas últimas décadas, colocando em risco a vida de muitas pessoas, tornando-se mais um dos fatores estressantes a espelhar o sistema econômico contemporâneo e seu ciclo da sociedade de consumo. O fenômeno do uso de drogas lícitas ou ilícitas e da sua dependência tem crescido nos últimos tempos, reflexo das transformações nas condições sociais e culturais decorrentes do incremento da crise econômica do país, com o conseqüente desemprego estrutural, o aumento da criminalidade e do controle de muitas zonas urbanas por grupos do crime organizado, a banalização da miséria, as alterações nas relações familiares, com o gradual esvaziamento do desejo de ser das pessoas pela inviabilização de um projeto de vida e da falta de perspectivas sociais e sociológicas. Os estudos epidemiológicos, como o realizado pelo Projeto Ajude-Brasil (Ministério da Saúde, 2001), demonstram uma alta prevalência de desempregados (82%) entre os usuários de drogas injetáveis, sendo que um terço dessa população não tem moradia fixa e apresenta uma história significativa de envolvimento em contravenções (furto, roubo, assalto, porte ou tráfico de drogas). Em Florianópolis a situação não é diferente do resto do país. A violência urbana, por exemplo, tem crescido significativamente em nossa cidade, com o aumento vertiginoso dos casos de homicídios, quase todos envolvidos com o tráfico de drogas, explicitando a relação perversa entre produção da miséria, violência e drogas.

No entanto, não foram encontrados dados epidemiológicos e pesquisas científicas específicas sobre a questão do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis. Há, porém, dados empíricos, observados pelos profissionais que atuam na área de prevenção e tratamento, que falam do aumento significativo do uso e abuso de drogas nesta cidade nos últimos anos.

Os dados de pesquisas mais criteriosas que dispomos são nacionais. Segundo o “I Levantamento Domiciliar sobre Uso de Drogas no Brasil” (Cebrid, 2001), coordenado pela Secretaria Nacional Antidrogas, que pesquisou em 107 cidades brasileiras de mais de 200 mil habitantes, 19,4% da população brasileira já fez uso na vida de drogas (fora álcool e tabaco), sendo o maior índice o do uso de maconha (6,9%), seguido dos solventes (5,8%), dos orexígenos (estimulantes do apetite - 4,3%), dos benzodiazepínicos (3,3%) e da cocaína (2,3%). Já o uso na vida de álcool foi de 68,7% e o de tabaco de 41,1%. Em termos de

dependência, a do álcool atinge 11,2% da população brasileira, 9,0 % a do Tabaco. A dependência de outras drogas é em torno de 1% da população, como é o caso dos benzodiazepínicos, da maconha e dos solventes.

A situação da dependência de drogas, que sabemos colocar em risco a saúde do usuário, a sua situação psicossocial e a das pessoas que o cercam, atinge, na verdade, diferentes classes sociais. Segundo dados de pesquisa, somente 23% dos dependentes de drogas procuram serviços de tratamento específico para a problemática (Ministério da Saúde, 2001), sendo que muitos não os procuram por falta de recursos financeiros. As pessoas de classes menos abastadas são as que mais sofrem quando envolvidas nessa situação, em função da insuficiência de serviços públicos de atenção à dependência de álcool e outras drogas.

Os variados serviços de atendimento ao problema da drogadição existentes em Florianópolis - hospitais e clínicas, ambulatórios, grupos de ajuda mútua, comunidades terapêuticas, programas de redução de danos - sejam de caráter público ou privado, não dão conta da demanda, gerando o que conhecemos como “demanda reprimida”, apesar de não termos conseguido obter dados de pesquisa ou epidemiológicos sobre este aspecto, como já referimos. Esses serviços estão dispersos em várias instituições e locais da cidade, sem que haja uma articulação entre eles.

Sabemos, no entanto, que um dos maiores problemas na atenção a drogadição é a questão da aderência dos dependentes ao tratamento. O número de evasões, de “recaídas” e de retorno de pacientes às instituições de tratamento é alto, conforme dados nacionais (Oliveira, 1997; Marques & Formigoni, 2001). Essa situação nos faz pensar sobre a eficácia dos tratamentos que temos oferecido à população.

Foi lançada recentemente, em maio de 2002, a Resolução 101, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que estabelece um regulamento técnico disciplinando “as exigências mínimas para os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas”, mais especificamente, no que diz respeito às chamadas Comunidades Terapêuticas, as quais têm dois anos para se adequarem ao ali disposto. Portanto, esse é um momento importante para se fazer uma avaliação dos serviços e auxiliá-los na busca do enquadramento nos parâmetros da resolução, visando a qualificação dos serviços prestados à população.

No Brasil, os serviços de saúde, de maneira geral, padecem da falta de mecanismos e de critérios de avaliação, tanto no que diz respeito às políticas de saúde, quanto na implementação dos programas e serviços nessa área. Os serviços de saúde mental, por exemplo, quando necessitam de avaliação, utilizam-se de critérios de cunho quantitativo e

burocrático, como número de consultas, número de altas, diagnósticos realizados, medicamentos prescritos, infra-estrutura do serviço, etc, mas poucos fazem uso de critérios qualitativos: acompanhamento pós-alta, inserção da família no trabalho terapêutico, modificações do paciente na vida social e laboral (a chamada reinserção social), critérios que não são facilmente mensuráveis.

A inexistência ou a pouca utilização de processos de avaliação nos serviços de saúde nos coloca frente a uma questão crucial de controle social. O investimento de dinheiro público nos serviços de saúde, públicos e mesmo privados, não é pequeno, ainda que lutemos para que aumente o investimento público nessa área, por considerá-lo ainda não suficiente para enfrentar a complexidade da questão da saúde no Brasil. No entanto, não há como ter controle do uso e dos resultados desse investimento, justamente porque não se tem avaliação de processos, nem de resultados. Dessa forma, a luta fica enfraquecida. Além disso, é também uma questão de direito do consumidor. O usuário que frequenta um serviço de saúde tem direito de saber a qualidade dos tratamentos a que é submetido. A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica a avaliação como o melhor modo de utilização dos recursos disponíveis em termos de dinheiro, de pessoal e de material, e considera que ela representa a solução mais segura para o problema da melhora dos serviços existentes e, ao mesmo tempo, para obter recursos adicionais para desenvolver novos programas (Gandra, 1986).

Na maioria das vezes, o Sistema de Saúde tem uma visão ultrapassada sobre avaliação, considerando que se destina somente a descobrir falhas e deficiências, reduzindo-se a um mero sistema de vigilância ou de inspeção. Por isso mesmo este processo é deixado de lado, pois é considerado uma ameaça. Na verdade, a avaliação só faz sentido se fornecer dados e parâmetros para sustentar a qualificação dos serviços e dos profissionais, a segurança de atuação, auxiliando na tomada de decisões e, quando necessário, para produzir mudanças nos mesmos. Dessa forma, a avaliação deve ser um mecanismo que faça parte da gestão dos serviços (Fidelis, 2003), que deveriam estar preocupados em produzir parâmetros avaliativos e indicadores de qualidade que possibilitassem aferir resultados e impactos na alteração da qualidade de vida da população beneficiária, visando realimentar ações, repensar opções políticas e programáticas, pois assim a questão do financiamento em saúde e a qualidade dos serviços se colocariam em outro patamar (Fidelis & Escorel, 2001).

METODOLOGIA

Essa pesquisa seguiu uma **metodologia descritiva**, utilizando-se dos procedimentos característicos de um estudo de campo, segundo Gil (1999).

A proposta de caracterizar o quadro geral dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis nos levou a entrar em contato com o universo de serviços existentes que, no caso, totalizavam, em outubro de 2002, início da pesquisa, vinte e oito (28) serviços, assim distribuídos: duas (2) clínicas, cinco (5) ambulatorios, três (3) hospitais, doze (12) comunidades terapêuticas, três (3) Coordenações Gerais de Grupos de Ajuda Mútua e três (3) programas de redução de danos. Após contato inicial telefônico, explicando a existência e os objetivos da pesquisa, foi enviado o questionário, que continha algumas questões fechadas e outras questões abertas, para o que se solicitava a resposta do responsável técnico ou membro da equipe técnica por este indicado. Após telefonemas para confirmar o recebimento, era agendada uma visita para conhecer a instituição, receber o questionário e realizar uma entrevista com o responsável pelas informações, que seguia um roteiro semi-estruturado.

Em cada entrevista era recolhido o termo de consentimento livre e esclarecido, a fim de garantir os procedimentos da ética exigidos em pesquisa que envolve seres humanos.

Responderam a pesquisa um total de vinte e duas (22) instituições, sendo que uma delas participou da entrevista, mas não respondeu ao questionário. Seus dados não puderam, assim, ser analisados, totalizando vinte e um (21) serviços respondentes válidos.

O processo de elaboração dos instrumentos de pesquisa está detalhado logo a seguir.

Os dados dos questionários foram tabulados e inseridos em um programa estatístico de computador, o Excel. As entrevistas foram gravadas com autorização do entrevistado. Após a sua transcrição, os dados foram categorizados e as categorias resultantes transformadas em variáveis inseridas no mesmo programa estatístico anterior. A partir dos dados inseridos no Excel foi possível viabilizar com facilidade análises de frequência e de cruzamento de dados. Como foram utilizados os dados do universo, numa perspectiva descritiva, não foram procedidas análises estatísticas tais como média, mediana, desvio-padrão, entre outras.

Os dados categorizados da entrevista também receberam um tratamento qualitativo, partindo da utilização de uma grade de análise foi realizada uma discussão de análise de conteúdo.

Processo de construção dos instrumentos de pesquisa

A pesquisa utilizou dois instrumentos: - um questionário semi-estruturado e uma entrevista semi-estruturada.

A elaboração desses instrumentos passou por quatro etapas: 1) a confecção de um primeiro boneco tanto do questionário, quanto do roteiro da entrevista; 2) a submissão desse boneco à análise de especialistas na área de pesquisa e tratamento em dependência de álcool e outras drogas, bem como de especialistas em metodologia de pesquisa; 3) a aplicação de um questionário e uma entrevista piloto em uma instituição que atende dependente de álcool e outras drogas na Grande Florianópolis; 4) a sua elaboração final.

1) O primeiro boneco do questionário e da entrevista foi realizado pela coordenadora e auxiliares de pesquisa com base:

- a) nos objetivos a serem alcançados pela presente pesquisa, que podem ser lembrados na página 3 deste relatório;
- b) na literatura especializada a respeito do funcionamento e avaliação dos serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas:
 - Carlini E.; Cotrim, B. Nappo, S. *Catálogo de Centros Brasileiros para tratamento/prevenção de dependência de drogas*. (Anexo questionário aplicado para catalogação). São Paulo, CEBRID, 1991.
 - Formigoni, M. L. Organização e Avaliação de Serviços de Tratamento de Usuários de Drogas. In: *Homogeneização de conhecimentos para conselheiros municipais antidrogas*. SENAD/UFSC. S/D.
 - Fidelis, P. & Escorel, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, maio/ago. 2001.
 - Graham, K et al. *The Evaluation Casebook: using evaluation techniques to enhance program quality in addictions*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1994.
 - Rush, B. Evaluation of substance abuse treatment services. In: Barnes et al. *The addiction Prone-Personality*. Toronto: Health Systems Research and Consulting Unit Center for Addiction and Mental, S/D.
 - Tanaka, O. *Avaliação de Serviços de Saúde*. São Paulo: FSP/USP, 1994. mimeo.
- c) na legislação vigente no setor:
 - Resolução – RDC nº 101 – ANVISA – de 30 maio 2001;
 - Lei Orgânica da Saúde (lei 8080 de 19/09/1990).

2) Análise dos instrumentos por especialistas:

a) Foram vários os pesquisadores, especialistas e profissionais ligados à área de tratamento de álcool e outras drogas que participaram da pesquisa auxiliando na montagem dos seus instrumentos. Foi enviado o boneco do questionário e da entrevista e os analisadores fizeram críticas e valiosas sugestões baseadas em sua experiência na área:

- Prof. Ms. Éder Braulio Leone, da UNISUL, que já realizou pesquisas com serviços de atenção à dependência química;
- Prof. e Tenente-Coronel Jorge Luis Barbosa da Silva, presidente do Conselho Municipal de Entorpecentes / Florianópolis – na época da realização da pesquisa– que tem um amplo conhecimento de todas as instituições nessa área da Grande Florianópolis;
- Prof. Dr. José Baus, do Departamento de Psicologia da UFSC, pesquisador na área de álcool e outras drogas;
- Márcia Regina da Silva, Assistente Social da Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social da Prefeitura Municipal de Florianópolis, que trabalha no projeto de Abordagem de Rua e é responsável pelo encaminhamento e supervisão de usuários nos vários serviços com convênio com a prefeitura;
- Wulphrano Pedrosa de Macedo Neto, psicólogo do setor de dependência química do Instituto de Psiquiatria do Estado de Santa Catarina (IPQ);

b) O instrumento também foi submetido à análise de pesquisadores com conhecimento de questões metodológicas, análises estatísticas e programas de computador estatístico, entre eles:

- Prof. Dr. Brígido Vizeu Camargo, Pesquisador CNPQ, membro do Departamento de Psicologia da UFSC;
- Psicóloga Vanise dos Santos, auxiliar de pesquisas no Instituto de Psiquiatria da USP;

3) Após essa fase de elaboração dos instrumentos de pesquisa através da discussão com especialistas da área, estes foram submetidos a um teste-piloto:

- Foi sorteado um dos serviços que atendem dependentes químicos na Região da Grande Florianópolis, no caso uma comunidade terapêutica. Após contatada e explicado os objetivos da pesquisa e o fato de sua instituição ter sido sorteada para o teste-piloto, o responsável técnico concordou em realizá-lo. O questionário foi encaminhado com antecedência e respondido pela coordenadora da equipe técnica da instituição. Foi então agendada uma entrevista que versaria sobre as respostas do questionário e outras questões

previstas no roteiro da entrevista semi-estruturada. A coordenadora da equipe técnica da instituição assinou termo de consentimento informado específico para a participação na pesquisa através da realização deste teste-piloto. Após realizados os procedimentos convencionais deste, quando foram mensurados, inclusive, o tempo de duração da entrevista, foi solicitado que a pessoa entrevistada tecesse críticas e sugestões ao questionário e ao roteiro da entrevista.

- Valiosas sugestões foram acrescentadas aos instrumentos, após o teste-piloto.

4) Incluídas as sugestões, foram os instrumentos finalmente concluídos e ficaram prontos para aplicação, conforme se pode verificar nos anexos.

5) A fase de tabulação e digitação dos dados no programa estatístico também recebeu ajuda de algumas pessoas, entre elas a Prof^ª Dr^ª Lecila Duarte, do Departamento de Psicologia; Alessandra Prado e Karine Ramos, na época estudantes de psicologia, hoje psicólogas, auxiliares de pesquisas no Departamento que muito contribuíram na inserção de dados no Excel.

O Prof. Pedro Barbeta, do Departamento de Informática e Estatística da UFSC, prestou um grande auxílio na definição dos procedimentos estatísticos cabíveis na presente pesquisa.

DESCRIÇÃO DE RESULTADOS – Região da Grande Florianópolis

A) Caracterização dos Respondentes da Pesquisa

Em relação aos respondentes, no que se refere à sua função nas 21 instituições que participaram da pesquisa, dez (10) são responsáveis técnicos dos serviços analisados, oito (8) são membros da equipe técnica, e três (3) são coordenadores gerais de grupos de ajuda mútua, conforme podemos verificar no gráfico abaixo.

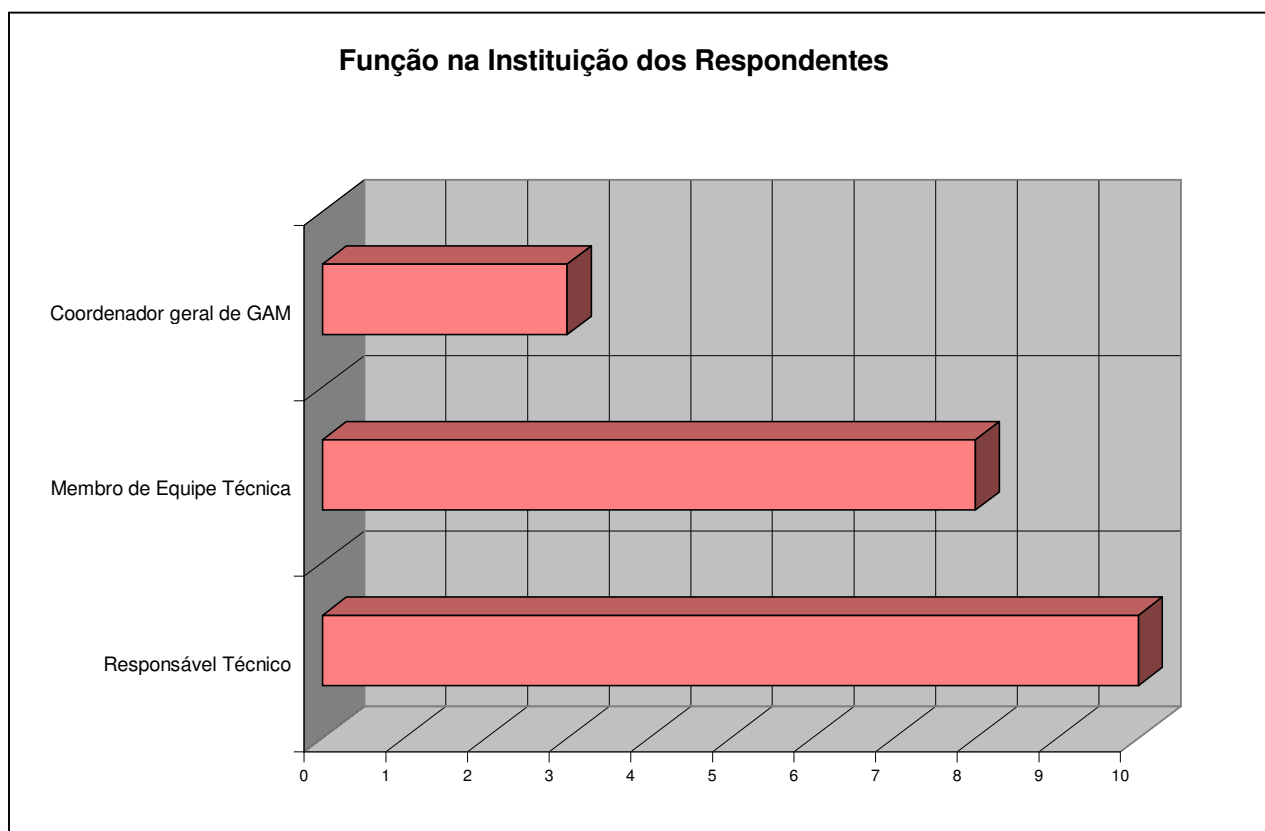


Gráfico 1ⁱ - Distribuição de frequência de função dos respondentes da pesquisa nos serviços que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Quanto ao aspecto da escolaridade, um (1) tem ensino fundamental completo, cinco (5) o ensino médio e quinze (15) possuem ensino superior, com as mais diversas graduações, como em Enfermagem, Medicina, Psicologia, Serviço Social, Teologia, etc. Destes, dez (10) possuem especialização, sendo que cinco (5) são na área referente à dependência de álcool, drogas e afins - Saúde Mental, Psiquiatria, Dependência Química. Quatro (4) possuem mestrado e somente um (1) tem doutorado. Treze (13) dos respondentes possuem cursos de qualificação, quase todos na área em questão.

B) Aspectos Institucionais

Tipos de Instituição

Do total de vinte e uma (21) instituições que responderam a pesquisa, cinco (5) são ambulatórios, uma (1) é clínica, três (3) são hospitais, oito (8) são comunidades terapêuticas, dois (2) são programas de redução de danos, dois (2) são grupos de ajuda mútua (GAM), sendo um Alcoólicos Anônimos (AA) e outro Amor Exigente (AE).

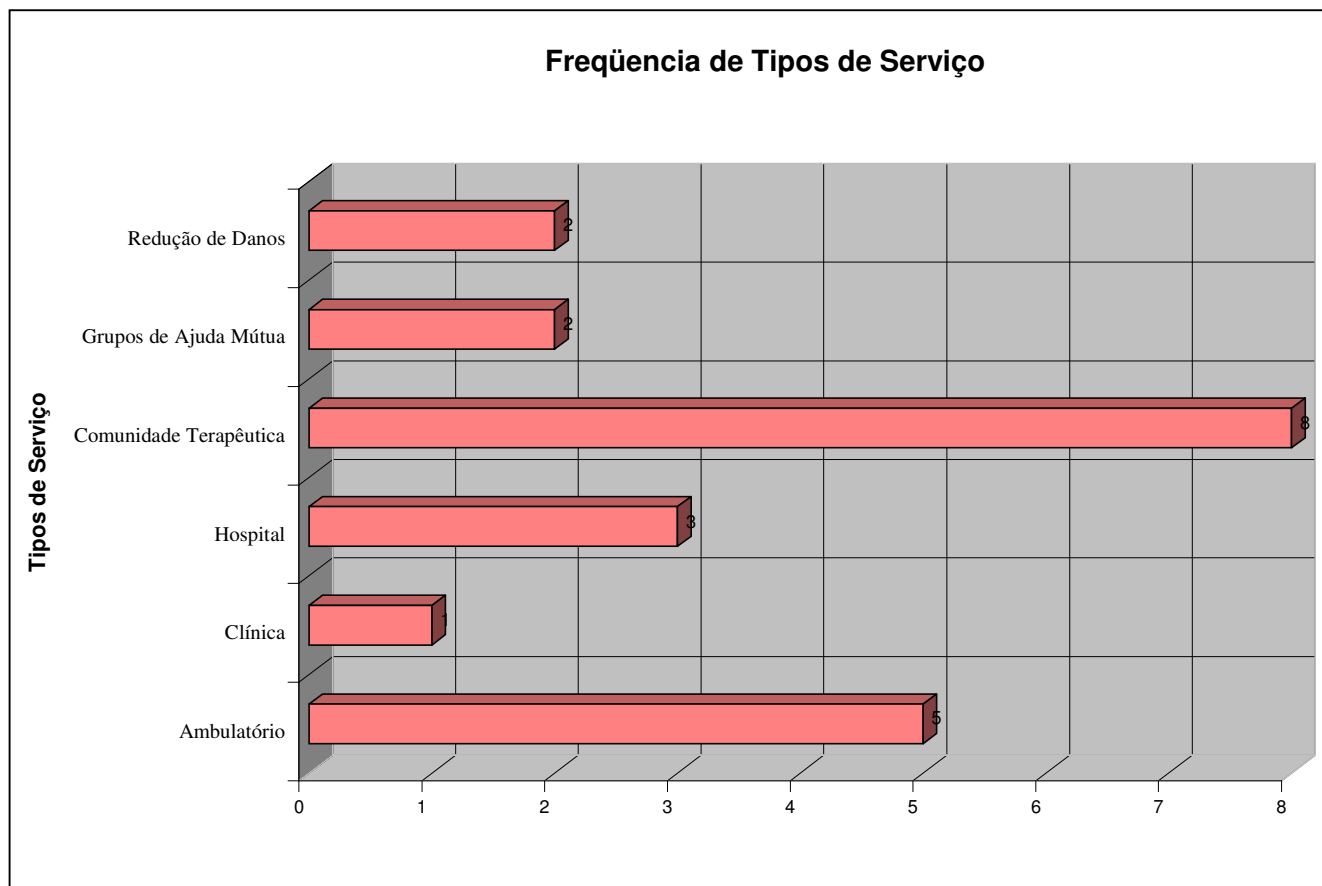


Gráfico 2^o – Distribuição de frequência dos tipos de instituições que atendem dependentes químicos na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa

Caráter das Instituições

Dos serviços que responderam a pesquisa, cinco (5) são de caráter público, nove (9) de caráter privado e sete (7) de caráter filantrópico.

No cruzamento dos dados entre tipo de instituição e seu caráter, podemos observar que em relação aos ambulatórios, dois (2) são de caráter público e três (3) de caráter privado. Quanto à única clínica que respondeu à pesquisa, esta é de caráter privado. Referente aos hospitais, dois (2) são públicos e um (1) é privado. Das comunidades terapêuticas, quatro (4) são privadas e quatro (4) são filantrópicas. Um (1) serviço de AA, um (1) de Amor Exigente são filantrópicos. Um (1) serviço de redução de danos é público, e um (1) é filantrópico.

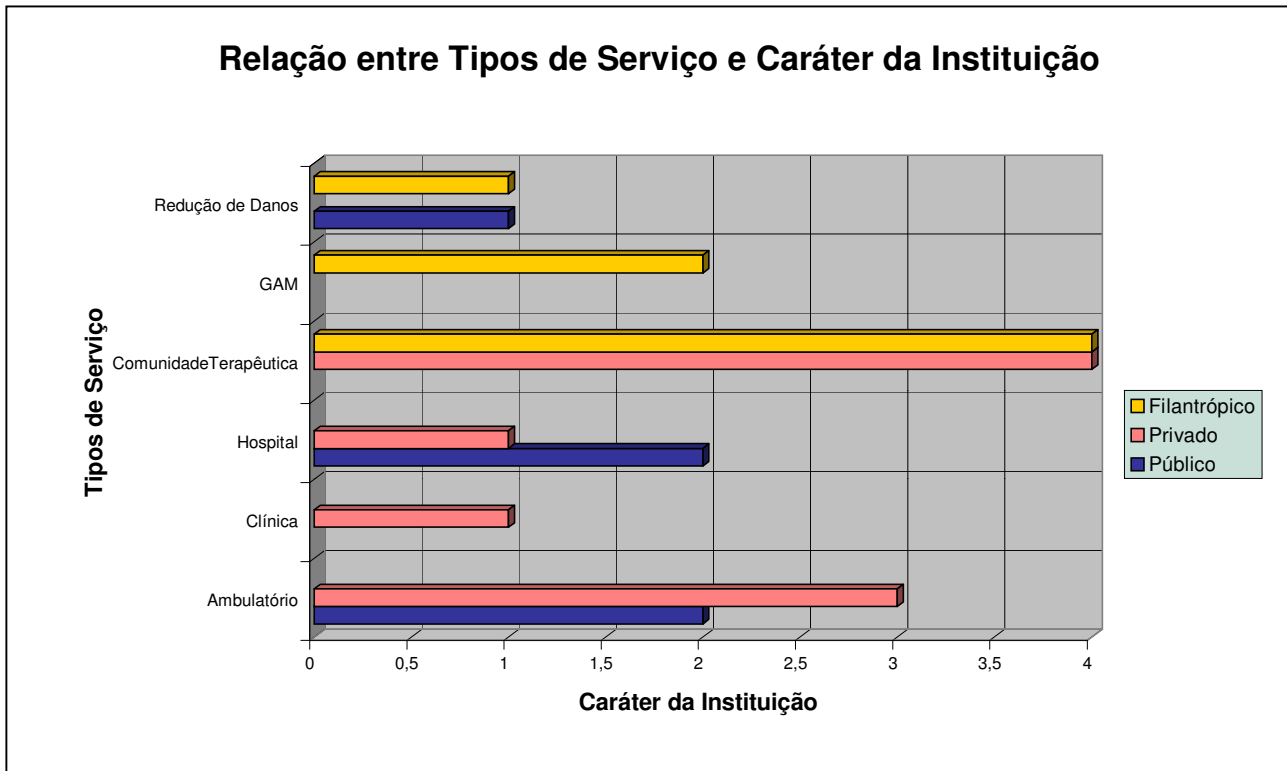


Gráfico 3ⁱⁱⁱ – Cruzamento de dados de frequência entre tipo de serviços e caráter das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Formas de Atendimento

Perfizeram um total de dez (10) instituições com atendimento público, duas (2) instituições que atendem somente particular, quatro (4) atendem particular e convênios, duas (2) atendem de forma pública e convênio e, finalmente, três (3), de forma pública, particular e convênio.

No cruzamento dos dados verifica-se que dos ambulatórios, três (3) atendem de forma pública, um (1) particular, um (1) particular e convênios. A clínica atende de forma particular e convênios. Dos hospitais, dois (2) atendem de forma pública e um (1) pública, particular e convênio. Duas (2) comunidades terapêuticas atendem de forma pública, uma (1), de forma particular, duas (2), particular e convênios, uma (1), de forma pública e convênio, e duas (2) atendem de forma pública, particular e convênio. AA e AE atendem de forma pública. Um (1) redução de danos atende de forma pública e um (1) de forma pública e convênio.

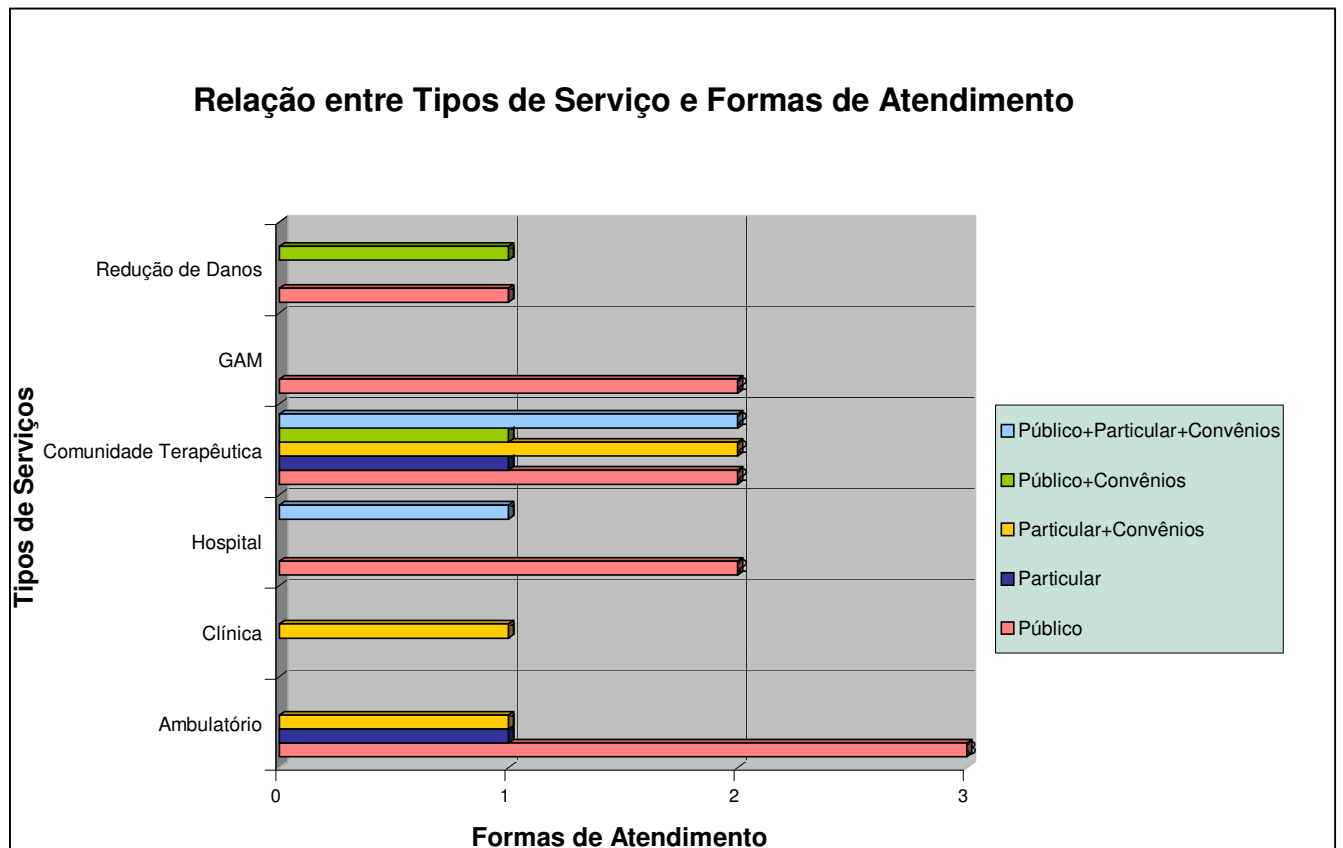


Gráfico 4^{iv}: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos e formas de atendimento das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Fontes de Financiamento

As fontes de financiamento são as mais variadas, sendo que se destacam entre elas quinze (15) serviços que recebem verba pública, dez (10) que recebem pagamento dos usuários, nove (9) que recebem de convênios, entre os quais Celus/ Celesc/ Eletrosul/ Unimed/ Cassi/ Geap/ Bradesco Saúde/ Correios.

Das instituições de caráter privado, cinco (5) recebem verba pública, além do pagamento de usuários e convênios. Das de caráter filantrópico, cinco (5) recebem verba pública.

No cruzamento de dados entre tipos de instituição e financiamento público, podemos verificar que entre os ambulatórios um (1) recebe verba do SUS (Sistema Único de Saúde), dois (2) recebem verbas da Prefeitura Municipal de Florianópolis, dois (2) recebem pagamento do usuário e um (1) recebe de convênios. A clínica recebe pagamento do usuário e de convênios diversos. Entre os hospitais, os três (3) recebem verba do SUS, sendo que um (1) deles ainda recebe pagamento do usuário e de convênios. Das Comunidades Terapêuticas que recebem verba pública, sete (7) recebem de convênios com a Prefeitura Municipal de

Florianópolis. Ainda seis (6) dessas comunidades também recebem pagamento do usuário. Quanto ao Amor Exigente, recebe eventualmente ajuda do governo, mas sobrevive de doações e de venda de materiais. O Grupo de Alcoólicos Anônimos sobrevive somente da verba advinda de seus membros e de doações da comunidade. Dos Programas de Redução de Danos, um (1) recebe verba pública do Banco Mundial / Unesco e do Ministério da Saúde e um (1) do SUS.

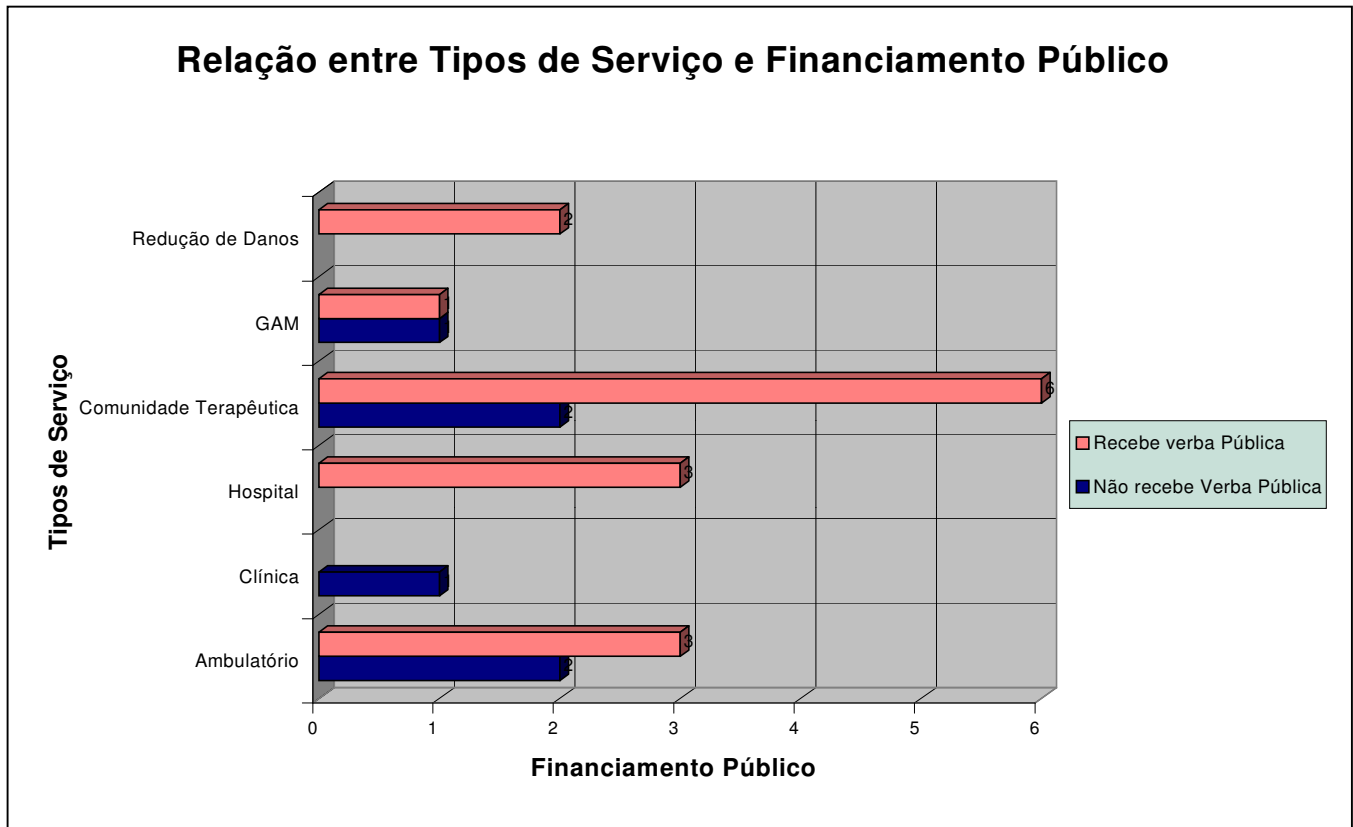


Gráfico 5^v: Cruzamentos dos dados de frequência entre tipos de serviços e financiamento público das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Tipos de problemáticas atendidas

As problemáticas atendidas são as seguintes: abuso de álcool e outras drogas, objeto de dezesseis (16) serviços. Dependência de álcool e outras drogas, objeto de vinte (20) serviços.

No que se refere às comorbidades, treze (13) instituições não atendem pacientes com doenças psiquiátricas associadas, perfazendo um total de 59% do universo da pesquisa. Já oito (8) instituições atendem às comorbidades, incluindo transtornos neuróticos e psicóticos, perfazendo um total de 41 % dos serviços. Entre essas, três (3) são ambulatórios, três (3) são hospitais, uma (1), clínica e uma (1), Comunidade Terapêutica.

Tipos de drogas mais utilizadas

As drogas mais utilizadas pelos pacientes nos últimos seis meses foram, em ordem de frequência: álcool, citado por dezenove (19) instituições; cocaína, citada por dezessete(17), maconha, citada por onze(11) serviços, crack, citado por dez (10), cocaína injetável e tabaco, citados cada um por nove (9) serviços.

As outras drogas, como anfetaminas, ópio/ morfina, alucinógenos de maneira geral, ecstasy, inalantes / solventes, benzodiazepínicos/ ansiolíticos, barbitúricos, anticolinérgicos, esteróides/ anabolizantes, mesclada , casca e café foram citadas como pouco frequentes ou raras.

Capacidade Média de Atendimento Mensal

Em relação à capacidade média de atendimento mensal, dois (2) ambulatórios declaram não haver número definido de pacientes/ mês. Em outros três ambulatórios, este número varia de quinze (15) pacientes / mês até cem (100) pacientes / mês. A clínica tem capacidade para a internação de 20 pacientes / mês. Os hospitais atendem de quarenta (40) a setenta (70) pacientes/mês. Das Comunidades Terapêuticas, uma (1) não têm número definido de internações por mês, enquanto outra atende até cem (100) pacientes/mês, duas (2) internam até quinze (15) pacientes e quatro (4) atendem trinta (30) pacientes / mês.

Prontuários

Dos serviços que responderam a pesquisa, dois (2) não têm arquivos ou prontuários dos serviços prestados, onze (11) utilizam prontuários em sistema único e quatro (4) por especialidades. O restante não respondeu à pergunta.

Composição da Equipe Técnica

Em relação aos serviços que responderam, treze (13) possuem psicólogos, sendo que este profissional aparece em seis (6) Comunidades Terapêuticas, em dois (2) ambulatórios, em uma (1) clínica, em dois (2) hospitais e em dois (2) programas de Redução de Danos. Nove (9) apresentam psiquiatra, sendo destes, três (3) ambulatórios, uma (1) clínica, três (3) hospitais, uma (1) comunidade terapêutica, um (1) programa de redução de danos. Ainda nove (9) instituições apresentam clínicos gerais. Estes encontram-se em uma (1) clínica , em dois (2) hospitais, em cinco (5) Comunidades Terapêuticas e em um (1) Programa de Redução de Danos. Oito (8) apresentam enfermeiros e este profissional atua em dois (2)

ambulatórios, uma (1) clínica, dois (2) hospitais, e uma (1) Comunidade Terapêutica. O cargo de coordenador aparece em oito (8) instituições. Esta função existe em quatro (4) Comunidades Terapêuticas, em um (1) hospital, em um (1) AA e em um (1) Amor Exigente. Sete (7) possuem assistente social, estes realizam trabalhos em dois (2) ambulatórios, em uma (1) clínica, em dois (2) hospitais, e em duas (2) Comunidades Terapêuticas. Cinco (5) instituições apresentam monitor, sendo quatro (4) em Comunidades Terapêuticas e um (1) em ambulatório. Ainda cinco (5) possuem consultor. Dentre estas cinco (5) encontra-se um (1) em clínica, dois (2) em hospitais e dois (2) em Comunidades Terapêuticas. Quatro (4) possuem terapeuta ocupacional. A composição é de um (1) em clínica, um (1) em ambulatório, e dois (2) em hospitais. Três (3) serviços contam com nutricionista, sendo que duas (2) dessas instituições são hospitais e outra é uma (1) Comunidade Terapêutica. Ainda três (3) possuem auxiliar de enfermagem e dentista, assim distribuídos: dois (2) hospitais e uma (1) clínica possuem auxiliar de enfermagem; duas (2) Comunidades Terapêuticas e um (1) hospital possuem dentista. Dois serviços apresentam infectologista, sendo um (1) em hospital e um (1) em Comunidade Terapêutica. Dois (2) apresentam dermatologista. Estes atuam em um (1) hospital e uma (1) Comunidade Terapêutica. Um serviço tem em seu quadro um neurologista, e também um serviço apresenta conselheiro clínico. Algumas instituições, além desses profissionais, contam também com fisioterapeuta, voluntários, estagiários, terapeutas pastorais, pedagogos, professores, professores de Educação Física e agentes redutores de danos.

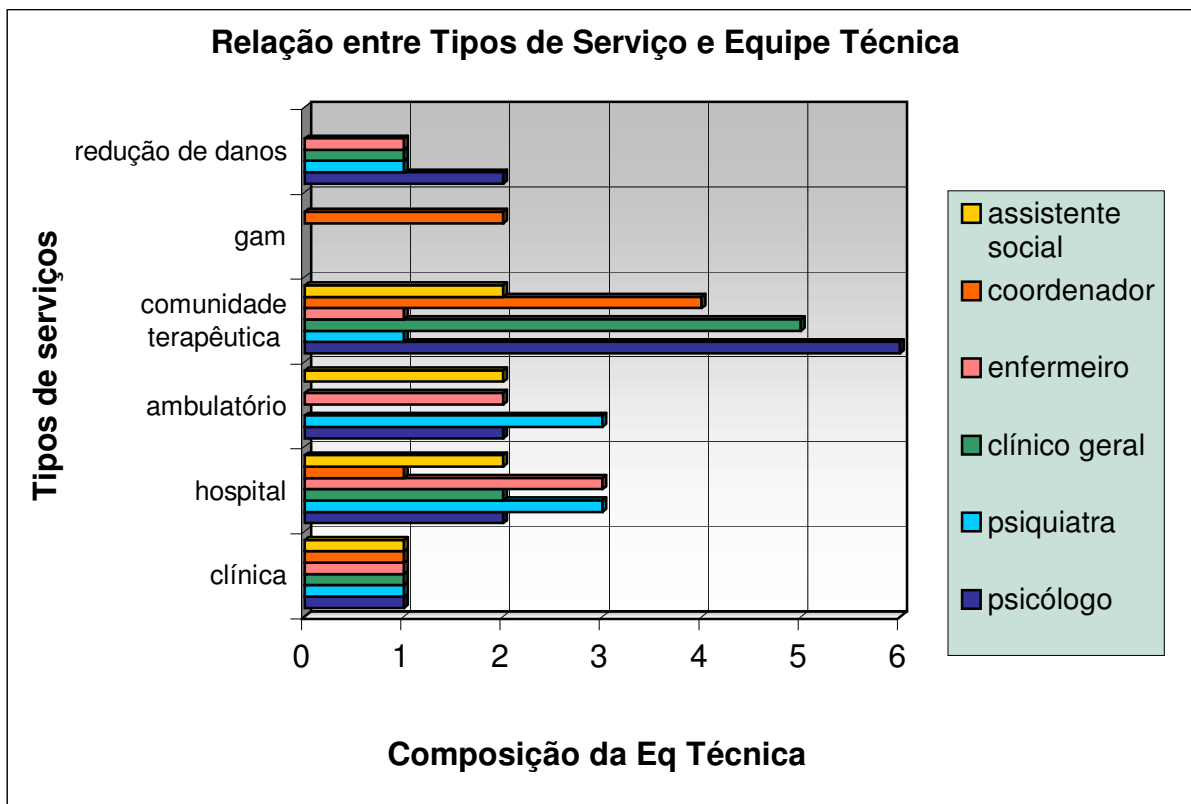


Gráfico 6.^{vi}- Cruzamento de freqüência entre o tipo de serviços e a composição da equipe técnica das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

C) Caracterização da Clientela

No que se refere à distribuição em termos de **sexo** da clientela dos serviços pesquisados, nove (9) atendem somente usuários masculinos, três (3) atendem usuários mistos com predomínio masculino e nove (9) atendem usuários mistos.

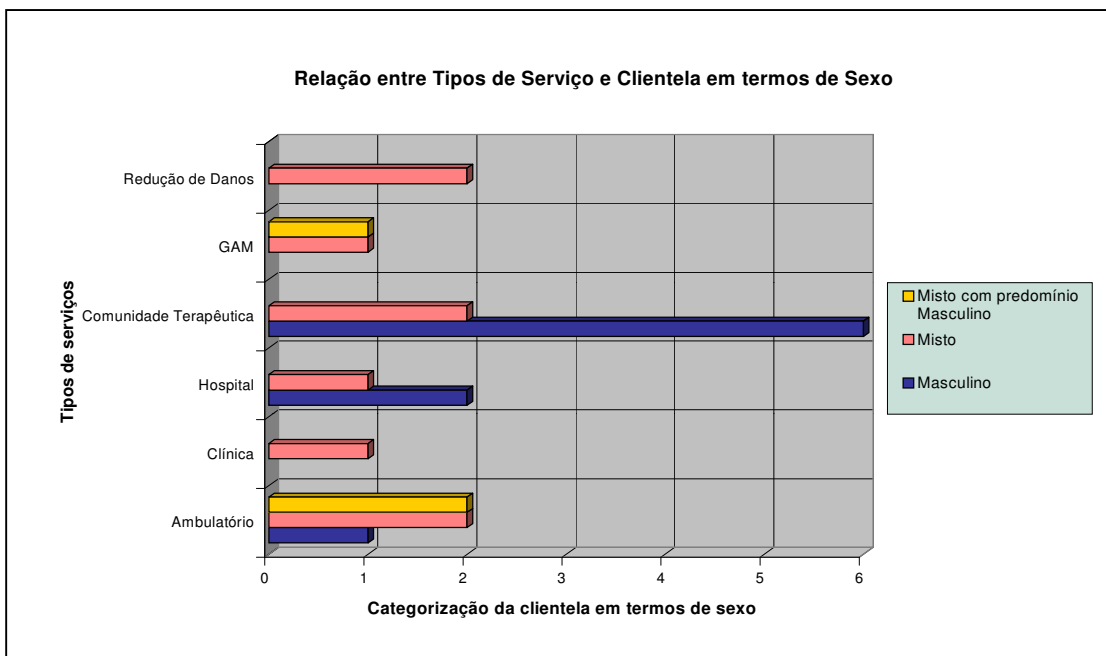


Gráfico 7^{vii}: Cruzamento de dados de frequência entre tipos e sexo da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Em relação a **faixa etária** da clientela, dez (10) serviços atendem ampla faixa etária (dos 13 anos em diante), e onze (11) atendem clientela adulta (dos 18 anos em diante). Não participou da pesquisa nenhuma instituição que atenda especificamente o público infantil e adolescente.

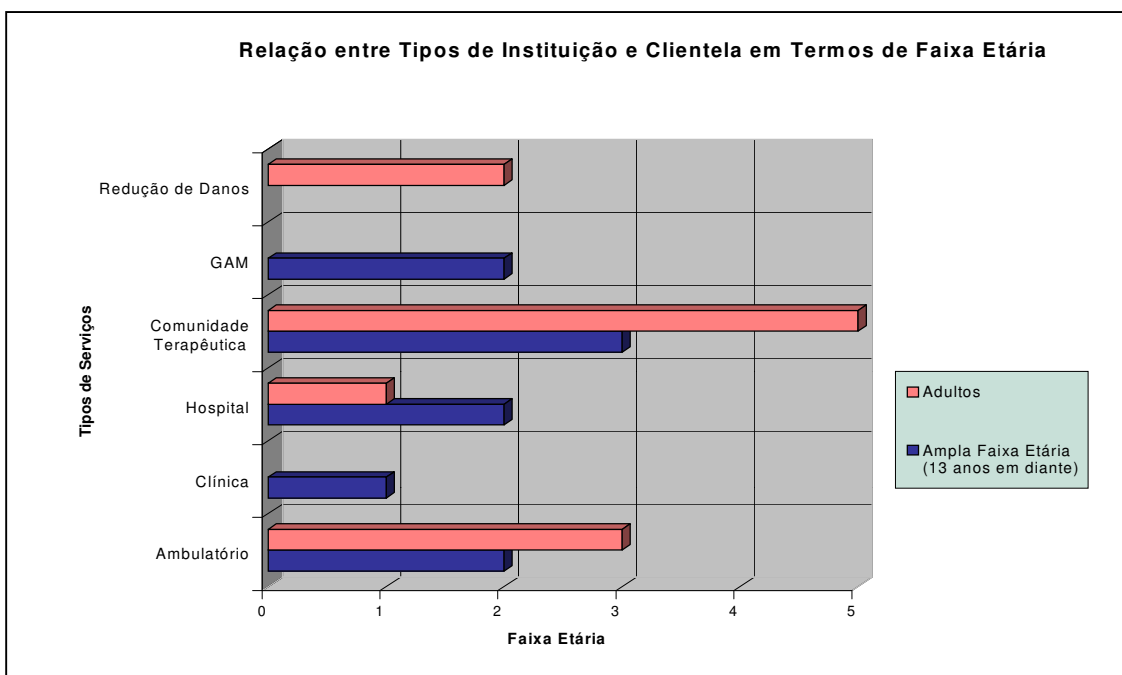


Gráfico 8^{viii}: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e faixa etária da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Quanto ao **nível sócio-econômico** dos usuários, catorze (14) instituições têm como perfil da clientela predominante os que ganham até dois (2) salários mínimos, sendo que destes três (3) são ambulatoriais, três (3) são hospitais, cinco (5) são comunidades terapêuticas, um (1) é AA e dois (2) são redução de danos. Em três (3) instituições predominam os usuários que recebem de dois (2) a quatro (4) salários mínimos, sendo estes, duas (2) comunidades terapêuticas e um (1) amor exigente. Ainda um (1) ambulatorio e uma (1) clínica têm como clientela os que recebem de oito (8) a doze (12) salários mínimos.

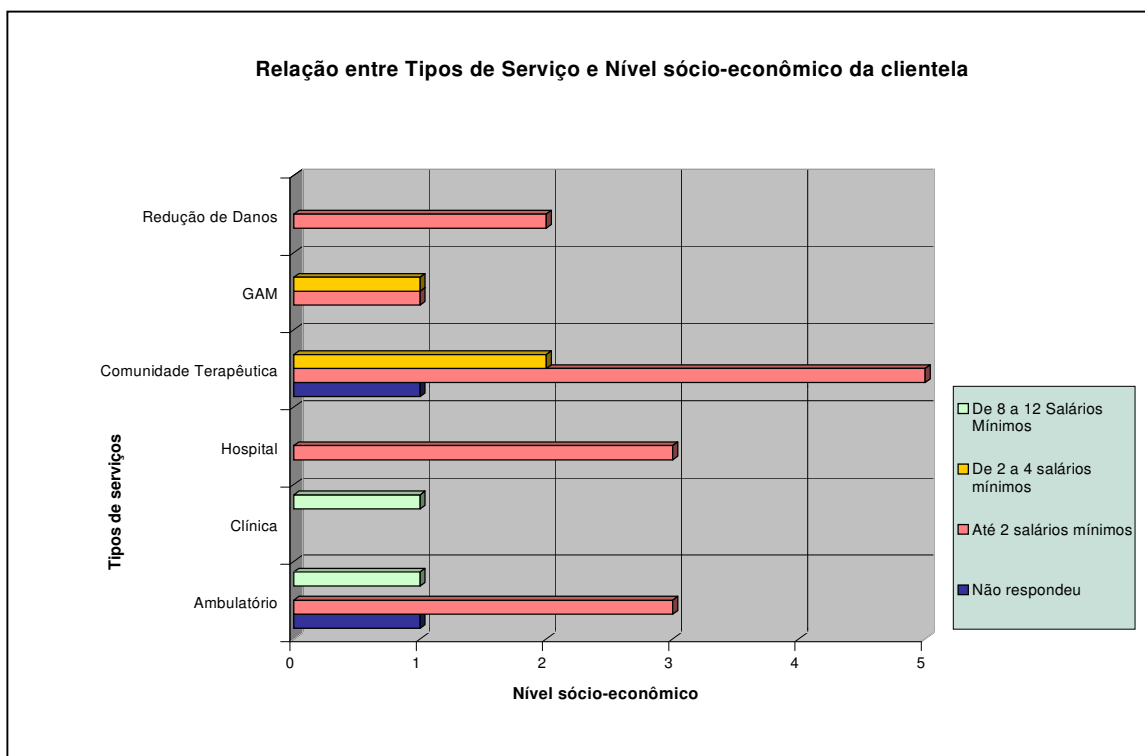


Gráfico 9^{ix}: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e nível sócio-econômico da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Em termos **sócio-profissionais** a categoria mais citada como clientela predominante nos diversos serviços foi a de desempregados, com dezesseis (16) referências. Sete (7) Comunidades Terapêuticas citaram essa clientela como predominante, bem como os hospitais, os programas de Redução de Danos e os Alcolicos Anônimos. Em segundo lugar, aparece a categoria de autônomo ou biscateiro, com dez (10) citações. Moradores de rua aparece em terceiro lugar, com nove (9) referências. Os moradores de rua são atendidos prioritariamente pelas Comunidades Terapêuticas e pelos programas de Redução de Danos.

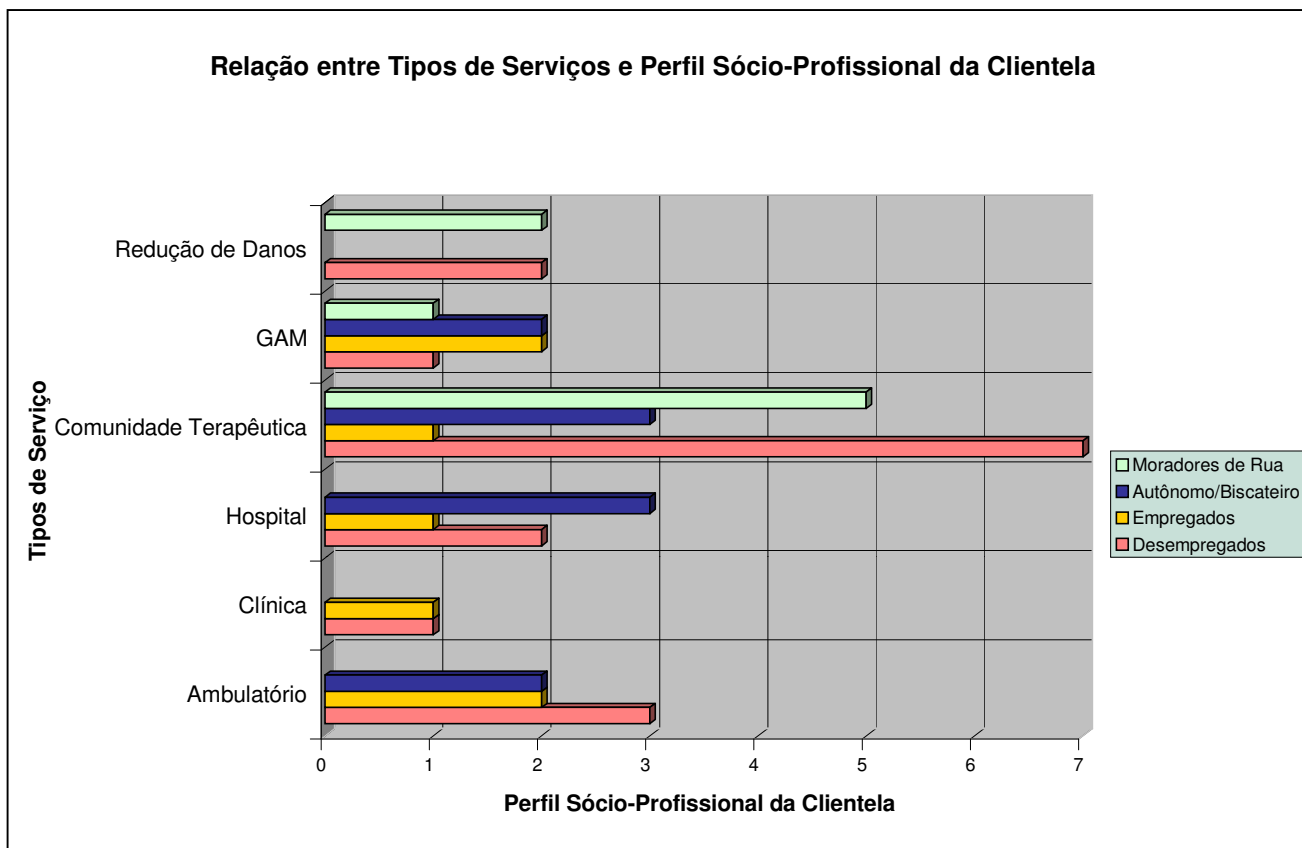


Gráfico 10^x: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e perfil sócio-profissional da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

D) Aspectos metodológicos dos serviços pesquisados

Encaminhamento de pacientes que chegam ao serviço

O maior número de encaminhamentos advêm dos familiares (doze serviços responderam que é muito freqüente), seguido do encaminhamento pelo próprio paciente (dez serviços responderam que esse é caso muito freqüente). Além desses, também encaminham pacientes para os serviços, de forma mais predominante a comunidade em geral, a assistência social da Prefeitura de Florianópolis, os médicos e as assistentes sociais.

Critérios de Elegibilidade

Das instituições que responderam a pesquisa, quinze (15) não admitem pacientes com comprometimento biológico grave, sendo que três (3) ambulatórios, um (1) amor exigente e

dois (2) programas de redução de danos admitem pacientes com este grau de comprometimento.

Doze (12) serviços não admitem pacientes com comprometimento psíquico grave, mas três (3) ambulatoriais, dois (2) hospitais, um (1) AA, um (1) AE, dois (2) programas de redução de danos os admitem.

Para admissão do paciente, doze (12) instituições não pedem exames de saúde e em sete (7) é necessária a apresentação destes, sendo que três (3) pedem exames de hemograma, fezes, urina, udrl e glicose. Dois (2) serviços pedem avaliação psicológica/psiquiátrica.

Quanto à admissão de pacientes com comorbidade, onze (11) serviços não os admitem, sendo que destes, sete (7) serviços não admitem pacientes com transtornos psicóticos. Somente três (3) instituições referiram a admissão de psicóticos. Uma (1) comunidade terapêutica não admite pacientes com Aids, ainda que três (3) instituições não tenham respondido a questão. Duas (2) instituições não admitem pacientes com dst e três (3) não responderam a questão. Uma (1) comunidade terapêutica não admite paciente com deficiência física ou mental.

Formas de internamento

Nove (9) dos serviços pesquisados não realizam internamento. Dos doze (12) que realizam, quatro (5) fazem somente internações voluntárias, quatro (4) realizam internações involuntárias também, dois (2) realizam internações domiciliares, três (3) realizam todo tipo de internação.

Quanto ao regime de internação, dos doze (12) serviços que as fazem, oito (8) procedem com regime fechado e seis (4) com regime aberto ou semi-aberto.

Duração Média Prevista

Em relação à duração média prevista de tratamento, sete (7) instituições afirmam que não há uma duração média prevista, sendo que nas quatorze (14) restantes há uma grande variação na duração do tratamento, desde um (1) até dezoito (18) meses.

Modalidades de alta

Em relação às **modalidades de alta**, treze (13) serviços realizam alta administrativa, oito (8), alta médica, quinze (15), alta pedida (desistência), nove (9) referem a evasão como um dos aspectos principais do fim do tratamento e oito (8) assinalam o término do processo

em função de indisciplina e, ainda, quatro (4) pontuam o fluxo de referência de pacientes a outros serviços como caracterização do processo de alta.

No que se refere aos **critérios** adotados para alta, oito (8) serviços não os têm previamente estabelecidos, entre eles, um (1) ambulatório, uma (1) clínica, dois (2) hospitais. Cinco (5) serviços referem como principal critério, a conclusão do tratamento ou dos objetivos previstos, dois (2) assinalam a abstinência mantida por um certo tempo, dois (2) apontam a não aderência ao programa. A melhora das condições psíquica/física/social do paciente, ou o desrespeito do estatuto do lugar aparecem como critérios de alta, cada um em uma (1) instituição.

Concernentes aos procedimentos adotados para alta, dez (10) instituições responderam não haver procedimento específico, cinco (5) afirmaram que o principal procedimento é a avaliação da equipe técnica, quatro (4) citaram como procedimento o diálogo ou combinação com o paciente, sendo que em um (1) dos serviços, no caso um (1) ambulatório, o procedimento adotado é a auto-avaliação.

Acompanhamento pós-alta ou tratamento de suporte

No que diz respeito ao acompanhamento pós-alta, seis (6) dos serviços não o realizam, entre eles dois (2) ambulatórios, um (1) hospital, uma (1) Comunidade Terapêutica, um (1) AA e um (1) AE.

Dos quinze (15) que o realizam, cinco (5) utilizam o Programa de Prevenção à Recaída, os outros o fazem através do retorno do paciente à instituição, com diferentes modalidades de atendimento, desde grupos de apoio, casas de apoio, até programas de manutenção.

Concernente aos procedimentos adotados no acompanhamento pós-alta, onze (11) dos serviços afirmam não haver procedimentos definidos. Aqueles que realizam acompanhamento utilizam diferentes procedimentos, entre eles reunião periódica com grupos, acompanhamento ambulatorial e grupos de prevenção à recaída.

Quem realiza este tratamento de suporte é a equipe técnica de seis (6) das instituições e em outras duas é o responsável pela unidade de tratamento. Nas outras instituições a atividade tem como responsável: voluntários da casa, pastor luterano ou consultor terapêutico. Dez (10) das instituições não responderam à questão.

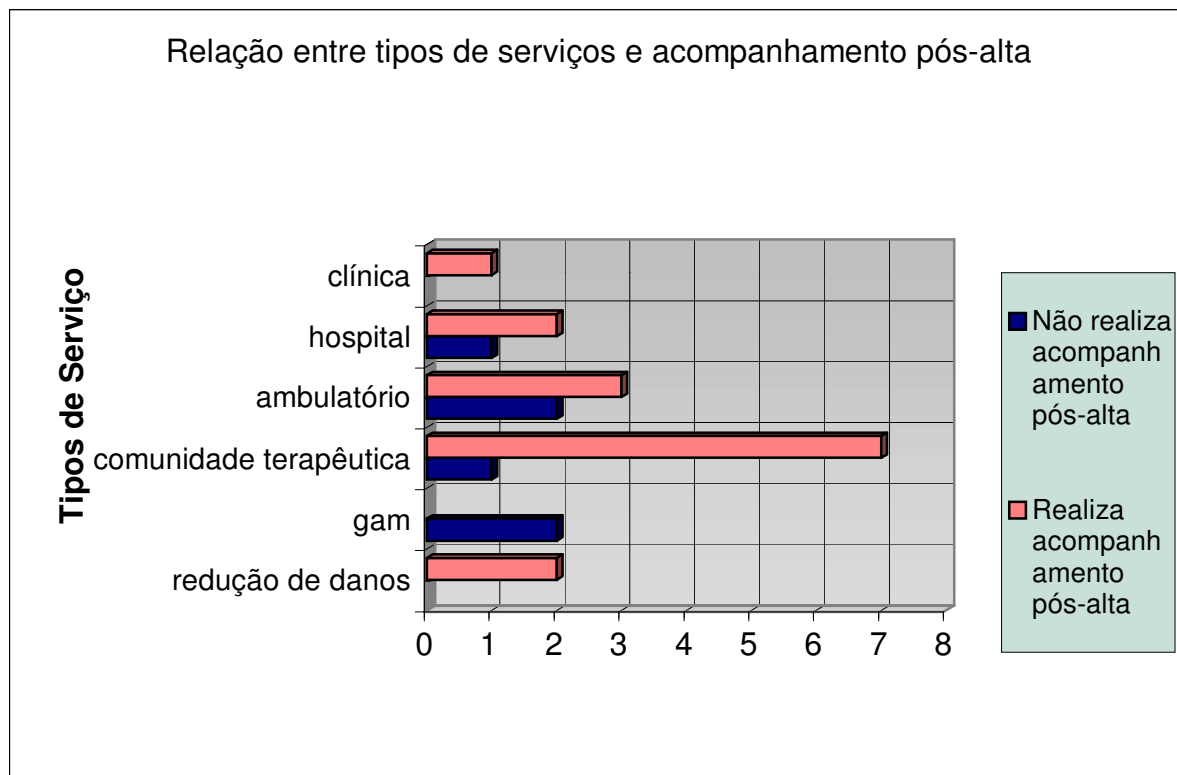


Gráfico 11^{xi}– Cruzamento de freqüências entre tipos de serviços e acompanhamento pós-alta pelas instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Desistência do tratamento

No que se refere ao índice de desistência do tratamento nos últimos seis (6) meses: cinco (5) instituições o consideram baixo (até 10%), sendo um (1) ambulatório, um (1) hospital e três (3) comunidades terapêuticas. Quatro (4) instituições, das quais, um (1) hospital, uma (1) comunidade terapêutica, um (1) Amor Exigente e um (1) Programa de Redução de Danos, apontam como médio (de 10 a 25%) o índice de desistência. Três (3) afirmam que o índice é alto (de 25 a 50%), dentre estas, três (3) comunidades terapêuticas. Duas (2) dizem que é muito alto (mais de 50 % dos casos) e são dois (2) ambulatórios. Quatro serviços responderam que não têm como obter esses dados, sendo estes, dois (2) ambulatórios, um (1) hospital e um (1) AA.

Em relação ao local onde são encontrados os dados sobre desistência do tratamento, duas (2) instituições não têm este registro, sendo estas, dois (2) ambulatórios. E oito (8) não responderam, sendo um (1) ambulatório, uma (1) clínica, dois (2) hospitais, uma (1) comunidade terapêutica, um (1) AA e dois (2) Programas de Redução de Danos.

No que concerne aos fatores atribuídos pelas instituições à desistência, as comunidades terapêuticas citaram a ilusão de estar recuperado, a recaída/compulsão pelo uso da droga, a falta de força de vontade/motivação/empatia e a não adaptação/não adesão ao tratamento como os principais fatores de desistência. Os ambulatórios responderam que as dificuldades no relacionamento familiar, na aceitação da doença, a não adaptação/não adesão ao tratamento, as dificuldades referentes ao nível sócio-econômico/escolaridade e problemas de ordem interpessoal são considerados os principais itens de desistência. Os hospitais colocaram que a dificuldade em aceitar a doença, a dificuldade financeira e as dificuldades devidas à comorbidade, são as maiores influências nas desistências. O Amor Exigente apontou a dificuldade no relacionamento familiar como o fator responsável pelas desistências. As clínicas e os Programas de Redução de Danos não responderam a esta questão e o AA disse não ter como obter esses dados.

Fatores como dificuldade no funcionamento familiar, dificuldades em aceitar a doença e problemas de ordem interpessoal foram citados por duas (2) instituições cada. A não adaptação/não adesão ao tratamento foi apontada por três (3) instituições. A ilusão de estar recuperado, a recaída/compulsão pelo uso da droga, falta de força de vontade/motivação/empatia, problemas de ordem espiritual, dificuldade financeira, dificuldades referentes ao nível sócio-econômico/ escolaridade, e dificuldades devido à comorbidade foram citadas por uma (1) instituição cada.

Com respeito aos procedimentos adotados em relação à desistência, doze (12) instituições não responderam ou responderam de forma inadequada. A conversa/aconselhamento visando estimular a continuidade do tratamento é o procedimento que prevaleceu, sendo citado por cinco (5) instituições.

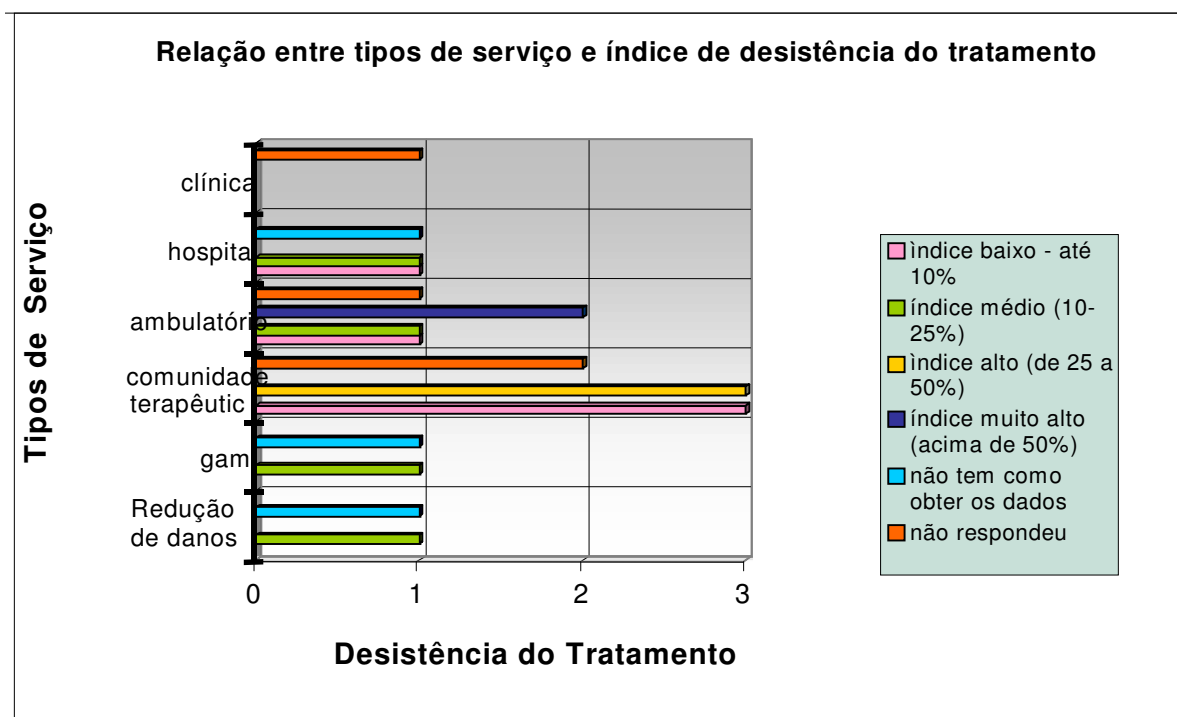


Gráfico 12^{xii}: Cruzamento de frequências entre tipos de serviços e índice de desistência do tratamento referidos pelas instituições que responderam a pesquisa

Evasão do tratamento

No que diz respeito ao índice de evasão ou fuga dos pacientes nos últimos seis meses, sete (7) instituições responderam que o índice é baixo (até 10 %), entre as quais quatro (4) são comunidades terapêuticas, duas (2) são hospitais e uma (1) é ambulatório. Quatro (4) instituições consideram o índice de evasão ou fuga alto (de 25 a 50%), sendo que destas, duas (2) são ambulatórios e duas (2), comunidades terapêuticas. As outras não responderam a pergunta.

Quanto ao local onde se encontram dados sobre a evasão de pacientes, doze (12) instituições não responderam ou responderam inadequadamente. Oito (8) instituições afirmam obter estes dados em diferentes locais, sem especificá-los e um (1) respondeu que não há registro, sendo este um (1) ambulatório.

Em relação aos **fatores atribuídos às evasões**, cinco (5) instituições atribuíram à recaída/compulsão pelo uso de droga, duas (2) consideraram a dificuldade no relacionamento familiar, três (3) referiram a não adaptação/não adesão ao tratamento e duas (2) apontaram a dificuldade financeira como um fator que possibilita a evasão. A falta de força de vontade/motivação/empatia, problemas de ordem espiritual, dificuldades em aceitar a doença, dificuldades referentes ao nível sócio-econômico/ escolaridade e problemas de ordem interpessoal foram citados por uma (1) instituição cada.

Ao especificar a relação entre evasão e os tipos de serviços, os fatores responsáveis são, de acordo com as **comunidades terapêuticas**: recaída/compulsão pelo uso de droga, falta de força de vontade/ motivação/ empatia, não adaptação/não adesão ao tratamento e dificuldades devido à comorbidade. No que se refere aos **hospitais**, os atributos são: recaída/compulsão pelo uso da droga e não adaptação/não adesão ao tratamento. Os **ambulatórios** consideram a recaída/compulsão pelo uso da droga, os problemas de ordem espiritual, as dificuldades no funcionamento familiar, a dificuldade em aceitar a doença, a não adaptação/não adesão ao tratamento, as dificuldades financeiras, as dificuldades referentes ao nível sócio-econômico/escolaridade e as dificuldades devido a comorbidade como os fatores responsáveis pelas evasões. Os **Programas de Redução de Danos** citaram a dificuldade financeira como o principal fator responsável pelas evasões. **A clínica, o AA e o Amor Exigente** não responderam e não citaram nenhum fator.

No que diz respeito aos procedimentos adotados em relação à evasão de pacientes, quinze (15) instituições não responderam á questão ou responderam de forma inadequada.

Das seis (6) que responderam, três (3) instituições têm como procedimento a comunicação do fato aos familiares ou responsáveis, sendo um (1) hospital e duas (2) comunidades terapêuticas. Dois (2) serviços realizam o resgate do paciente que se evadiu, sendo um deles um (1) ambulatório e uma (1) comunidade terapêutica. Uma (1) comunidade terapêutica não aceita mais o paciente na instituição após a evasão.

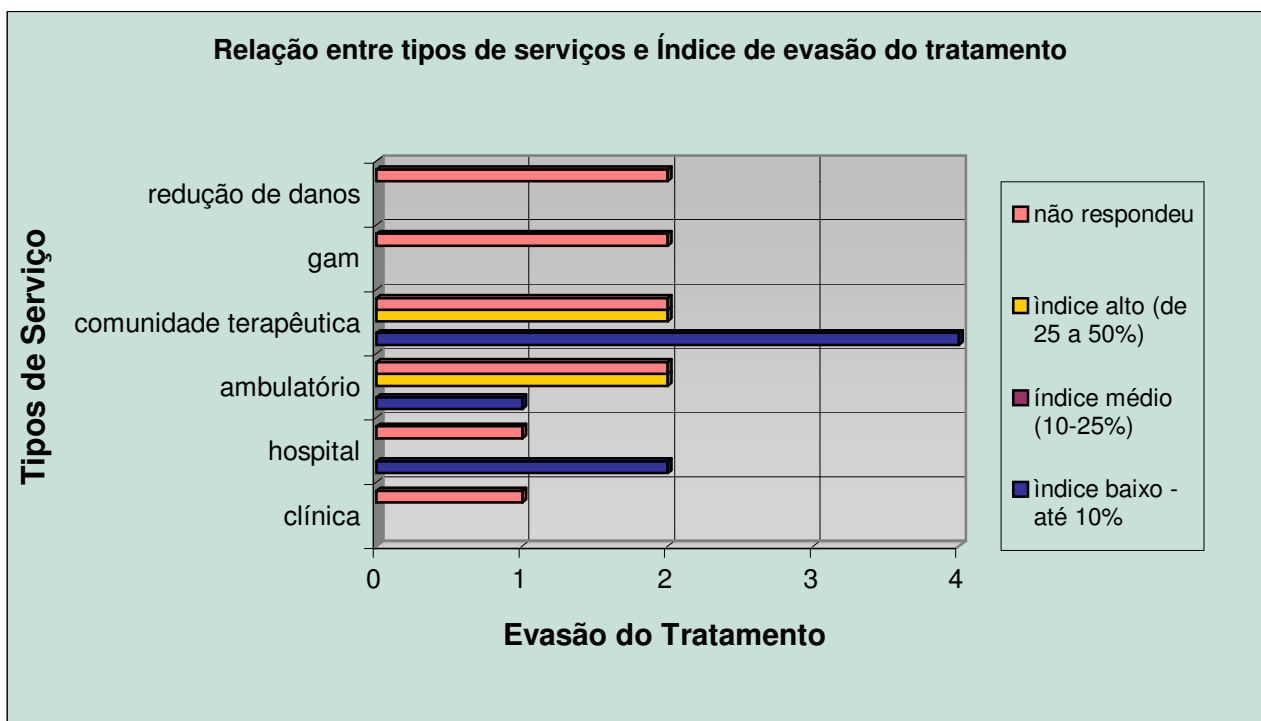


Gráfico 13^{xiii} – Cruzamento de freqüências entre tipos de serviços e índice de evasão do tratamento referidos pelas instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Reinternação de pacientes

No que se refere ao registro de pacientes de reinternação, dez (10) instituições não responderam ou responderam inadequadamente. Três (3) afirmam possuir registros desses casos, mas não esclareceram como procedem. Sete (7) aproveitam os procedimentos da primeira internação nas reinternações posteriores e uma (1) realiza nova entrevista/triagem/avaliação.

Em relação ao índice de pacientes reinternados, dezoito (18) não responderam ou responderam de forma inadequada. As três (3) respostas obtidas foram de instituições hospitalares. Destas, uma (1) disse que o índice era médio (de 10 a 25%), uma afirmou que o índice era alto (de 25 a 50%) e uma (1) respondeu que era muito alto (mais de 50%).

Programas de Tratamento

No tratamento, os programas mais utilizados são o modelo de Doze Passos do AA/NA, presente em (10) instituições, sendo um (1) ambulatório, uma (1) clínica, dois (2) hospitais, cinco (5) comunidades terapêuticas e o próprio AA. Em seguida vem o modelo de Prevenção à Recaída, que aparece em nove (9) instituições, sendo um (1) ambulatório, uma (1) clínica, dois (2) hospitais e cinco (5) comunidades terapêuticas. O Programa de Redução de Danos é citado por quatro (4) instituições, sendo um (1) ambulatório, uma (1) comunidade terapêutica e duas (2) são os próprios Programas de Redução de Danos. O modelo de Amor Exigente também foi citado por quatro (4) instituições, sendo um (1) hospital, duas (2) comunidades terapêuticas e o próprio Amor Exigente. A maioria dos serviços utiliza-se de mais de um modelo de tratamento concomitantemente.

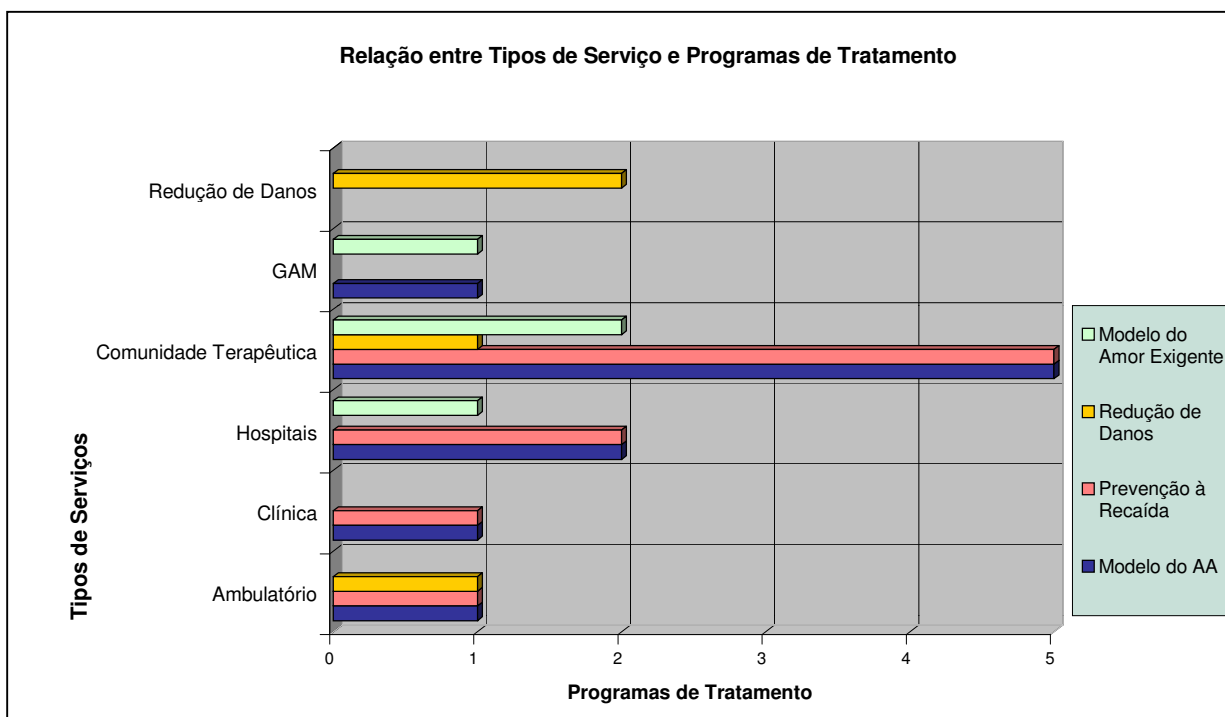


Gráfico 14^{xiv}: Cruzamento de frequência entre tipos de serviços e programas de tratamento das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.

Encaminhamento de pacientes para outros serviços

Os encaminhamentos realizados para outros serviços são confirmados por dezessete (17) instituições. Destas, sete (7) são Comunidades Terapêuticas, três (3) são hospitais, quatro (4) são ambulatórios e dois (2) são programas de redução de danos.

Em relação ao local para onde os pacientes foram encaminhados nesses seis meses, prevaleceram os dirigidos para grupos de ajuda mútua, realizados por doze (12) instituições,

seguido dos encaminhamentos para ambulatórios por onze (11) das instituições, e para clínicas ou hospitais, indicados, também, por onze (11) dos serviços. Sete (7) encaminhamentos são para clínicas de desintoxicação, sete (7) para Comunidades Terapêuticas, duas (2) para psicoterapia, duas (2) para serviços específicos de DST/AIDS, duas (2) para escolas/seminários profissionais e uma (1) para acompanhamento psiquiátrico.

Participação Familiar

No que diz respeito à participação familiar no tratamento, vinte (20) instituições realizam algum tipo de trabalho com os familiares. Os procedimentos mais frequentes são: aconselhamento/atendimento individual com a família, em três (3) instituições, reuniões periódicas com familiares em outras três (3) instituições, e grupos de auto-ajuda/Amor Exigente, também em três (3) lugares.

Relativamente ao nível de aderência familiar ao tratamento, quatro (4) instituições o consideram “baixo”, seis (6) o classificam como “médio”, e três (3) como “alto”, sendo que as outras não se manifestaram a respeito.

Atividades Técnicas Desenvolvidas

Em relação às atividades técnicas desenvolvidas, a **triagem** é realizada em dezesseis (16) instituições, sendo que quatro (4) são ambulatórios, uma (1) é clínica, três (3) são hospitais e oito (8) são comunidades terapêuticas. Os procedimentos mais comuns da triagem são: entrevista do paciente com membros da comunidade (conselheiros, coordenadores de grupo, especialistas em dependência química), realizada por seis (6) comunidades terapêuticas e um (1) ambulatório; entrevista do paciente com equipe técnica (enfermeiros, psicólogos, serviço social), realizada por três (3) ambulatórios e três (3) hospitais; entrevista do paciente com psiquiatra, realizada por um (1) ambulatório, dois (2) hospitais e uma (1) clínica; entrevista com a família, realizada por dois (2) hospitais, uma (1) clínica e três (3) comunidades terapêuticas. Os objetivos dessa entrevista são: a) avaliar a motivação do paciente, em seis (6) serviços; b) dar esclarecimentos acerca do tratamento, em dois (2) serviços; c) proceder uma avaliação clínica, em dois (2) serviços; d) levantar a história de uso e abuso/ de vida do paciente, em cinco (5) serviços.

Quanto ao **atendimento ambulatorial**, este é citado por dez (10) locais, sendo cinco (5) ambulatórios, uma (1) clínica, três (3) hospitais e uma (1) comunidade terapêutica.

Treze (13) instituições desenvolvem trabalho de **psicoterapia individual**, e destas, quatro (4) são ambulatoriais, uma (1) é clínica, três (3) são hospitais e cinco (5) são comunidades terapêuticas.

O **atendimento grupal**, realizado em diferentes abordagens, acontece em dezesseis (16) serviços, incluindo quatro (4) ambulatoriais, uma (1) clínica, três (3) hospitais, cinco (5) comunidades terapêuticas, um (1) AA, um (1) Amor Exigente e um (1) Programa de Redução de Danos.

Quanto à **internação**, treze (13) instituições a realizam, dentre as quais, uma (1) clínica, três (3) hospitais e sete (7) comunidades terapêuticas.

A **desintoxicação** é oferecida por onze (11) serviços, sendo dois (2) ambulatoriais, uma (1) clínica, três (3) hospitais e cinco (5) comunidades terapêuticas.

Doze (12) locais desenvolvem **terapia ocupacional**, destes, um (1) é ambulatorio, um (1) é clínica, dois (2) são hospitais e oito (8) são comunidades terapêuticas.

Nove (9) instituições prestam **assistência espiritual**, entre elas estão: um (1) ambulatorio, uma (1) clínica e sete (7) comunidades terapêuticas.

O **Grupo Familiar** é oferecido por doze (12) serviços, e estes dividem-se em: dois (2) ambulatorios, uma (1) clínica, dois (2) hospitais, seis (6) comunidades terapêuticas e um (1) Amor Exigente.

Quinze (15) apresentam **seminários e palestras**, sendo três (3) ambulatorios, uma (1) clínica, dois (2) hospitais, sete (7) comunidades terapêuticas, um (1) Amor Exigente e um (1) Programa de Redução de Danos.

As reuniões de AA e/ou NA aparecem em oito (8) locais, dos quais uma (1) é clínica, três (3) são hospitais, três (3) são comunidades terapêuticas e um (1) é AA.

O **atendimento em clínica médica** é oferecido por seis (6) instituições, sendo que uma (1) é clínica, três (3) são hospitais e duas (2) são comunidades terapêuticas.

Duas (2) instituições oferecem **hospital-dia**, sendo um (1) em ambulatorio e outro (1) em clínica.

Outros dois (2) prestam atendimento em **hospital-turno**, sendo também um (1) em ambulatorio e outro (1) em clínica.

Processo de Avaliação de Resultados

No item referente à existência de processo formalizado de avaliação dos resultados somente duas (2) instituições afirmaram realizá-lo, sendo um ambulatorio e uma comunidade terapêutica. No entanto, quando questionados como o fazem, uma delas respondeu que através da Bíblia e a outra, através de avaliação diária do coordenador, sem que nem mesmo

descrevessem os critérios ou indicadores utilizados nessa avaliação. Todas as outras dezenove instituições não têm implementado um processo formal de avaliação de seu tratamento. Entretanto, muitas realizam avaliações empíricas, sustentadas em sua experiência com os dependentes: duas (2) o fazem através dos registros de reinternação, três (3) através de avaliação diária do coordenador ou terapeuta, uma (1) pauta-se na mudança na qualidade de vida dos pacientes, uma (1) através de estatísticas anuais e uma (1) através de encontros trimestrais com ex-internos.

Das quinze (15) instituições que recebem verbas públicas, seja no sentido de sustentabilidade geral do serviço, seja no de recebimento de convênios, apenas uma (1) afirma realizar o processo de avaliação de resultados formalizado, ainda que não explicita os critérios e os procedimentos utilizados.

Descrição do modelo teórico de compreensão da dependência química nos SADQ

Nas entrevistas foram formuladas duas questões de cunho mais teórico ou de concepção que visavam nortear a investigação e discussão do modelo teórico de compreensão dos serviços sobre a dependência de álcool e outras drogas. Foram elas: 1) Na perspectiva dos profissionais da casa o que acontece com as pessoas, para que elas se tornem dependentes de álcool ou outras drogas e necessitem procurar tratamento aqui nesta instituição?; 2) O que significam, do seu ponto de vista, o uso abusivo de álcool e outras drogas na sociedade contemporânea?

Os serviços pesquisados, na sua grande maioria, consideraram variados aspectos como determinantes da dependência de substância psicoativas, bem como do significado social do uso e abuso de drogas na atualidade. Esta situação deve ser levada em consideração na descrição abaixo realizada, pois os respondentes citaram, no mais das vezes, mais de uma das categorias sintetizadas.

A) Concepções acerca das diferentes variáveis que levam uma pessoa à dependência do álcool e/ou outras drogas

A grande maioria dos serviços consideram que a dependência é um fenômeno multideterminado ou, mais especificamente, um processo bio-psico-social. No entanto, o entendimento sobre o que seja esses diferentes aspectos que constituem esse fenômeno divergiu bastante entre as respostas, incluindo entre elas várias categorias que passaremos a descrever abaixo.

1. A **estrutura de personalidade** como um dos aspectos considerados responsáveis pela dependência de álcool e outras drogas (categoria envolvendo elementos citados como auto-afirmação, problemas psicológicos, problemas emocionais, sensibilidade, falta de limites, dificuldade de lidar com o sofrimento ou frustração, falta de força de vontade, falta de perspectiva de vida, etc) foi o mais prevalente entre todos os citados: cinco (5) ambulatorios, uma (1) clínica, dois (2) hospitais, cinco (5) Comunidades terapêuticas, um (1) AA, um (1) Amor Exigente e dois (2) Programas de Redução de Danos, totalizando (17) citações.
2. Responderam ser o **contexto social do indivíduo** o responsável pela dependência (aspectos citados como influência do ambiente, influência das companhias, contexto de vida, modelo de educação, etc) treze (13) instituições, entre elas quatro (4) ambulatorios, uma (1) clínica, dois (2) hospitais, um (1) AA e cinco (5) Comunidades Terapêuticas.
3. A categoria **problemas no funcionamento familiar** (distanciamento familiar, histórico familiar, hábito de beber aprendido com pai alcoólico, separação dos pais, ausência dos pais, falta de auto-estima dos pais, falta de autoridade paterna, etc) foi colocada em separado do “contexto social do indivíduo” em função do número significativo de citações, apesar de que poderia estar abrangida por aquela em uma categoria mais ampla. A família foi citada, portanto, por dois (2) ambulatorios, uma (1) clínica, um (1) hospital, quatro (4) Comunidades Terapêuticas, um (1) AA, um (1) Amor Exigente e um (1) Programa de Redução de Danos, totalizando (11) citações.
4. Já três (3) ambulatorios, três (3) Comunidades Terapêuticas, um (1) AA e dois (2) Programas de redução de Danos consideram o **sistema social** como um dos determinantes fundamentais da dependência (aspectos citados: problemas sociais, desemprego, fome, miséria, discriminação social, sociedade de consumo, mundo massificado, apelo da mídia, violência urbana), perfazendo um total de sete (8) citações.
5. Apenas um (1) serviço, sendo ele um hospital, citou a **história de vida** como fator relevante na definição da dependência.
6. Uma (1) clínica e um (1) hospital responderam que a droga é uma **bengala** para suportar outros problemas.
7. As **características das drogas** foram consideradas fatores determinantes da dependência (fatores citados: glamour da droga, pessoa é vítima da droga, características das drogas) em três (3) ambulatorios, dois (2) hospitais, três (3) Comunidades Terapêuticas e um (1) programa de Redução de Danos.
8. A questão **biológica/hereditária** (alteração genética, problemas biológicos, etc) foi levantada por uma (1) clínica, dois (2) hospitais e três (3) Comunidades Terapêuticas.

Dentre esses, dois (2) hospitais, uma (1) clínica, uma (1) Comunidade Terapêutica, um (1) AA e um (1) Amor Exigente citaram a dependência química como sendo uma **doença**.

9. Três (3) Comunidades Terapêuticas afirmam que a dependência é uma **questão espiritual** (espaço para preencher espaço vazio de Deus, reencarnação, afinidades espirituais com o mal).
10. Os dois (2) programas de Redução de Danos consideram a dependência como uma **questão de cidadania e liberdade** e **não** consideram a dependência uma doença.

B) Quando questionados sobre o que representa o fenômeno das drogas na sociedade contemporânea as instituições forneceram diferentes respostas categorizadas abaixo:

1. Cinco (5) ambulatórios, um (1) Amor Exigente, dois (2) hospitais e três (3) Comunidades Terapêuticas responderam que é reflexo da **pressão do mundo/vida moderna** (envolvendo aspectos como pressões sociais, urgência da vida moderna, necessidade social de prazer imediato, sociedade sem limiar para a frustração, sociedade permissiva, sociedade promotora de loucura, etc), totalizando onze (11) respostas.
2. Dois (2) hospitais, um (1) ambulatório, uma (1) Comunidade Terapêutica e dois (2) Programas de Redução de Danos consideram a dependência como reflexos de **problemas sociais** do contexto do dependente (influência das más amizades, problemas de moradia, de fome, de desemprego, de falta de oportunidades, de superpopulação), totalizando seis (6) respostas .
3. A **perda de valores sociais e/ou religiosos** (perda de princípios éticos, falta de espiritualidade, perda do temor a Deus, etc) foram citados por um (1) ambulatório, um (1) Amor Exigente e cinco (5) Comunidades Terapêuticas, com sete (7) repostas no total.
4. Já dois (2) ambulatórios, uma (1) Comunidade Terapêutica, e uma (1) AA consideram o problema das drogas decorrente **do tráfico de drogas** (jogo do tráfico, lucro da venda de drogas, opção de sobrevivência de famílias carentes), com quatro (4) respostas no total.
5. Dois (2) hospitais, uma (1) clínica, duas (2) Comunidade Terapêutica, e um (1) AA afirmam que é **a cultura do álcool e das drogas** (problemas das drogas lícitas, cultura de consumo do álcool, facilidade de acesso ao álcool), com seis (6) repostas no total.
6. Um (1) ambulatório, uma (1) Comunidade Terapêutica e um (1) programa de Redução de Danos afirmam que é problemas das drogas é reflexo **do sistema capitalista global e/ou sociedade consumista** (consumismo, globalização, cultura do ter, transformações sociais contemporâneas, etc), totalizando três (3) repostas.

7. **Reflexo da mídia** foi apontado por uma (1) clínica e uma (1) Comunidade Terapêutica, totalizando duas (2) respostas.
8. **Problemas políticos/governamentais** (impostos sobre álcool e tabaco, falha no desempenho das autoridades, falta de segurança pública, não há repressão suficiente) foram citados por duas (2) Comunidades Terapêuticas, um (1) AA e um (1) Programa de Redução de Danos, totalizando quatro (4) respostas.
9. Quatro (4) Comunidades Terapêuticas e um (1) hospital consideram **a falta de prevenção, educação** (falta de capacitação de pessoal na área, falta de projetos sociais com meninos de rua, falta de trabalho de prevenção e modificação de valores, a falta de ensino religioso nas escolas, política dentro das escolas, problema de conscientização, etc) como fator responsável.
10. Por fim, o **processo de evolução da raça humana** foi citado por um (1) ambulatório e uma (1) comunidade terapêutica.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Introdução

A população da Região da Grande Florianópolis, segundo os dados do Censo 2000 (IBGE, 2001) totaliza 803 151 pessoas, sendo que 342315 (42%) estão na capital e 460836 (58%) nos demais municípios. Deste total, em torno de 48% da população são homens e 52% são mulheres. A população acima de dez (10) anos na Região da Grande Florianópolis totaliza 665 542 pessoas.

Alguns dados específicos sobre uso de drogas puderam ser obtidos no Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina (CIT), localizado no Hospital Universitário, vinculado à Coordenadoria de Vigilância em Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina. No número total de atendimentos registrados pelo CIT em Santa Catarina, em 2003, 148 casos envolveram drogas de abuso, totalizando em torno de 2% dos casos registrados em tal centro. Sabemos que esse dado está longe de corresponder ao número de ocorrências médicas envolvendo abuso de drogas nesta capital. Mais longe ainda está da estatística do uso na vida de drogas pela população da Grande Florianópolis, bem como das estatísticas referentes à dependência de álcool e outras drogas.

A referência de pesquisa epidemiológica que se tem, como vimos acima, é o I Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil, realizado pelo Cebrid em 2001, cujos dados foram pesquisados e tabulados por Regiões do Brasil. Os dados específicos sobre a Região Sul mostram que o uso na vida das drogas (que não álcool e tabaco) foi de 17,1%, um pouco menor do que no conjunto do Brasil (19,4 %). Já o uso na vida do álcool foi de 69,4% e a dependência do álcool é de 9,5% da população. O Sul apresenta o maior índice de consumo de maconha (8,4%), de cocaína (3,6%) e de crack (0,5%) e um número significativo de dependentes dessas drogas, sendo a dependência da maconha a maior do país (1,6%). Dos que já receberam algum tratamento por causa do uso de álcool ou outras drogas estão 3,3% da população sulina, sendo que dentre estes prevalece os indivíduos de sexo masculino (5,3%) em relação ao feminino (1,5%). A partir desses dados da Região Sul, podemos estimar alguns dados para a Grande Florianópolis, que nos permitem vislumbrar que a situação de uso na vida e de dependência de álcool e outras drogas é significativo na população.

Ao somarmos os números oferecidos pelos diversos serviços participantes da pesquisa em relação à capacidade de atendimento mensal, entre ambulatoriais, clínicas, hospitais, comunidades terapêuticas (excluídos os grupos de ajuda mútua, que pelas suas características não têm como precisar seus números) totalizam em torno de 700 atendimentos mensais. Se

fizéssemos uma estimativa sobre a porcentagem de dependentes de álcool (9,5%) e de maconha (1,6%) da Região Sul pelos dados do Cebrid (2001), chegaríamos a um número estimado em torno de 63 mil dependentes de álcool na faixa etária acima de dez anos, bem como em torno de 10 mil dependentes de maconha para a população maior de 10 anos de idade na Região da Grande Florianópolis.

Podemos perceber que 700 atendimentos na área de abuso e dependência de álcool e outras drogas estão muito aquém da necessidade de atendimento para a população atingida. Esses dados do CEBRID (2001) nos permitem afirmar a necessidade de formulação de políticas públicas destinadas aos problemas relacionados ao álcool, tabaco e outras drogas, inclusive com ações mais específicas para a maconha, já que a Região Sul é que tem maior índice de dependentes dessa droga.

É importante destacarmos que esta caracterização está sendo realizada do ponto de vista dos responsáveis técnicos ou da equipe dos serviços avaliados e, portanto, sofre das limitações de ser uma visão unilateral. Seria interessante complementar esta pesquisa a partir do ponto de vista dos pacientes e seus familiares, que são os que se submetem aos tratamentos e devem ter seus direitos de consumidores respeitados. Provavelmente esta será uma pesquisa a ser realizada em seguida pela equipe, para que tenhamos uma avaliação mais completa desses serviços.

Vamos refletir então, mais pausadamente, sobre a possibilidade de análise dos dados que nos oferece esta pesquisa.

A) Respondentes da Pesquisa:

Ao analisarmos as características dos respondentes, podemos dizer que a maioria ocupa cargos de responsabilidade técnica, o que sugere que eles possuem uma compreensão ampla do funcionamento da instituição. Quanto à qualificação profissional, a maior parte dos respondentes possui ensino superior e/ou especialização, principalmente na área da saúde, e muitos possuem cursos de qualificação na área da dependência de álcool e outras drogas. A partir de suas qualificações, verificamos que estes profissionais tiveram condições técnicas de responder à pesquisa ora em discussão.

Além disso, podemos afirmar também que boa parte dos responsáveis técnicos pelas instituições têm qualificação para desempenhar suas funções.

B) Aspectos Institucionais

Tipos de Instituição:

Estamos na eminência (em 2004) da promulgação da nova Lei de Políticas Públicas sobre Drogas em nosso país (Projeto de Lei 7134, de 2002) que, neste momento, após aprovação no Congresso, tramita no Senado. No item que se refere à pena para quem é pego portando drogas para consumo pessoal, não se prevê mais o encarceramento, como anteriormente, a não ser em caso de não cumprimento das medidas prescritas, entre elas, prestação de serviços à comunidade, medida educativa de comparecimento a programa educativo, que no cenário atual é um programa praticamente inexistente. O usuário deverá ser encaminhado para tratamento quando sua situação implicar riscos para a própria pessoa, família ou comunidade, desde que avaliado por profissional da saúde com competência para atestar essa necessidade. Dessa forma, a nova perspectiva de descarcerização implica, em muitos casos, no encaminhamento para serviços de atenção à dependência de drogas. Essa situação nos coloca frente à necessidade de avaliar a quantidade e qualidade dos serviços que temos à disposição para cumprir as novas medidas que serão em breve prescritas.

Na Grande Florianópolis temos à disposição da população somente cinco ambulatórios (23% dos respondentes), sejam públicos ou privados, o que contraria a política atual de regionalização e hierarquização do sistema de saúde (ênfase na atenção primária e secundária) e a orientação de que o tratamento seja feito, dependendo do nível de comprometimento clínico do usuário de drogas, preferencialmente nos ambulatórios, por serem mais próximos do convívio social e familiar do paciente e menos traumático e custoso do que os processos de internação (Ministério da Saúde, 1990; Senad, 2004).

Os serviços de Redução de Danos, em número de dois (quase 10% dos respondentes, três no universo total), também são poucos para o volume de pessoas necessitadas, principalmente moradores de rua, que são a população-alvo desses serviços.

Há três hospitais (14% dos serviços respondentes) que fazem a atenção ao nível terciário, mas que, ainda assim, não são em número suficiente para suprir a carência de internações na área. Além disso, das clínicas especializadas, que também cumprem este papel de internação, há somente uma que respondeu à pesquisa (de um universo de duas clínicas existentes na época da coleta de dados), o que também representa um número pequeno de oferta deste tipo de serviço.

Podemos verificamos, pois, que boa parte das instituições respondentes são Comunidades Terapêuticas, totalizando oito serviços (38% dos respondentes). Este tipo de serviço vem suprindo uma carência do Estado de oferta de serviços públicos na área, recebendo, assim, verbas de subvenção social. Há muita polêmica sobre seu funcionamento e organização terapêutica, o que não quer dizer que não haja Comunidades Terapêuticas (CT) que tenham uma boa organização, reconhecidas pela comunidade científica. O americano

George de Leon, considerado o pai das CT, assinala que para uma fazenda de tratamento de usuários de drogas ser considerada efetivamente uma Comunidade Terapêutica tem de cumprir uma série de princípios e pré-requisitos, citados em seu livro *Comunidade Terapêutica: teoria, modelo e método* (op. cit.). Das Comunidades pesquisadas muitas não possuem nenhum quadro técnico especializado, são conduzidas somente por membros de entidades religiosas e/ou por usuários em recuperação sem especialização técnica na área; algumas não possuem programa de tratamento a não ser o religioso, entre outras questões suscitadas, que entram em confronto com as prerrogativas da Resolução (nº 101) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), lançada em 2001, que visa colocar certas regras para o funcionamento desse tipo de serviço, objetivando, justamente, propiciar uma regulamentação de uma situação até então desordenada. Vemos assim, que algumas dessas comunidades estão fora dos parâmetros definidos por essa Resolução, enquanto que outras buscam se ajustar à normalização instituída.

Os Grupos de Ajuda Mútua para dependentes de álcool e outras drogas, que são os Alcoólicos Anônimos (AA) e o Amor Exigente (AE), que caracterizaram dois dos respondentes da pesquisa (de três coordenações gerais existentes na Grande Florianópolis) são os serviços que mais são ofertados para a população-alvo. Cada Coordenação Geral dessas organizações desdobram-se em inúmeros Grupos de Ajuda Mútua distribuídos em diversos bairros e regiões da grande Florianópolis, o que os torna de fácil acesso, em função da proximidade da região de convívio social dos usuários, da sua gratuidade e do anonimato. Esses grupos têm baixo custo, pois são mantidos pela doação dos próprios membros ou por venda de livros e materiais da organização e ocorrem, em geral, em espaços cedidos por escolas, centros comunitários, igrejas, etc. Os outros tipos de serviços, em grande parte, encaminham seus pacientes egressos para este tipo de grupo como forma de tratamento de suporte.

Os aspectos técnicos dos serviços ora descritos serão discutidos mais adiante.

Vemos, portanto, prevalecer em Florianópolis a ênfase na atenção ao nível terciário, que privilegia a internação nas clínicas, hospitais e comunidades terapêuticas, em detrimento do atendimento ambulatorial. O Estado acaba passando sua responsabilidade de atenção aos transtornos decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas para serviços de caráter filantrópico ou privado, como é o caso das comunidades terapêuticas e grupos de ajuda mútua, ainda que não se tenha controle social sobre os resultados obtidos por esses serviços (na verdade, nem sobre outros serviços também, como veremos adiante).

Caráter da Instituição, Forma de Atendimento e Fontes de Financiamento:

Na Grande Florianópolis predominam os serviços de caráter filantrópico, em número de 9 (42,5% dos respondentes) e privado, em número de 7 (33,5 %), em detrimento dos 5 serviços públicos (24%) à disposição da população para tratar dessa importante problemática. Sabemos que um dos princípios que rege o SUS é o da “complementaridade do Setor Privado”, mas não sem o gestor público dar prioridade no planejamento do setor público, para depois complementar com o setor privado, de preferência não lucrativo (filantrópico) (Ministério da Saúde, 2001A). Mas no caso da Grande Florianópolis parece imperar o princípio da complementaridade, sem a devida priorização do investimento público.

A Secretaria da Saúde da Prefeitura de Florianópolis, por exemplo, município sede da região estudada, oferece somente o Serviço de Redução de Danos, que é uma atividade bem estruturada e com legitimidade social em seu trabalho. No entanto, essa Secretaria, não oferece outros programas ou serviços para atender a demanda de usuários e dependentes de álcool e outras drogas. A Secretaria de Habitação, Trabalho e Desenvolvimento Social, dessa mesma Prefeitura, desenvolve o trabalho de “abordagem para a população de residentes na rua”, mas quando estes necessitam de internação em função do abuso ou dependência de drogas são geralmente encaminhados para as Comunidades Terapêuticas, de caráter privado ou filantrópico, que, dessa forma, recebem verba da subvenção social, evidenciando o número reduzido de serviços públicos na área.

Em termos de Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina temos apenas um ambulatório que atende usuários de álcool/drogas, que, pelas informações que obtivemos, seu programa dirigido a dependentes de álcool/drogas foi desmontado depois da época da realização da pesquisa. Temos também dois hospitais que oferecem setor especializado em dependência química, um deles atendendo somente problemas relacionados ao álcool e outro, além dos problemas decorrentes de álcool, também o de outras drogas. Esses são serviços públicos estaduais que servem para o atendimento à drogadição de todo o Estado de Santa Catarina e que, assim, podemos afirmar com segurança, estão muito abaixo da demanda dessa problemática em nosso Estado, por mais que não tenhamos os dados epidemiológicos verificados com detalhes.

Temos ainda um ambulatório público na Universidade Federal de Santa Catarina, ligado ao Departamento de Enfermagem, que funciona com verbas federais.

Dentre os hospitais pesquisados, um deles é de caráter privado, mas tem convênio com o SUS, tendo uma ala destinada a pacientes alcoolistas para atendimento público.

A maior parte das instituições realiza atendimentos públicos, apesar de não apresentarem, em sua maioria, caráter público. Sendo assim, 15 instituições (71,5% dos

respondentes) recebem verba pública, sejam diretamente do SUS ou através de convênios e subvenções sociais. Podemos notar que há investimento público significativo na área, mas em sua maioria nos serviços de caráter privado ou filantrópico. Resta-nos questionar os resultados obtidos por estes serviços, para prestar conta desse investimento, como faremos logo adiante.

Outras formas de financiamento existentes são os convênios privados (Unimed, Celos, Cassi, etc.) ou o pagamento pelo próprio usuário, numerário significativo nos serviços privados ou filantrópicos.

A falta de financiamento na implantação de serviços públicos nesse importante setor da saúde brasileira, tendo um maciço investimento na “complementaridade do setor privado”, vem apontar a importância de formulação de políticas municipais de investimento na criação de ambulatorios públicos (CAPS/AD, por exemplo), a fim de atender a essa demanda, que sabemos ser um problema social que cada vez se agrava mais, atingindo milhares de famílias em nossa região.

Tipos de Problemáticas Atendidas:

A grande maioria das instituições participantes da pesquisa atende casos de abuso e dependência de álcool e outras drogas, conforme o esperado. É interessante ressaltar que somente um hospital público atende dependência de drogas que não o álcool. Os pacientes com este problema, quando necessária a internação, tem de se dirigir ao hospital privado (que não tem ala pública para drogas, só para álcool), a uma clínica privada ou a comunidades terapêuticas, pois as vagas nesse único hospital público que atende dependentes de drogas não são muitas.

Em relação ao atendimento de comorbidades, mais da metade das instituições não atendem este tipo de especificidade, encontrando-se, nesse sentido, em conformidade com a legislação da Anvisa (Resolução 101), pois muitas não têm equipe técnica adequada para prestar este tipo de assistência, já que é exigido pela legislação a presença de um psiquiatra, pelo menos para um atendimento mensal, durante a internação de um paciente que possua comorbidade. Somente uma Comunidade Terapêutica afirmou atender comorbidades sem ter psiquiatra em seu quadro, estando, portanto, fora dos parâmetros legais.

Drogas mais consumidas pelos pacientes:

O álcool aparece como a droga mais utilizada pelos pacientes das instituições respondentes, corroborando com as pesquisas anteriormente realizadas, como a do CEBRID (2001). O álcool, enquanto uma droga lícita, é responsável por elevados gastos públicos,

sendo considerado uma das principais causas de acidentes de diversas ordens e do aumento da carga de doenças na população (SENAD, 2004; WHO, 2004).

O tabaco, outra droga lícita, considerada a segunda *causa mortis* do mundo (SENAD, 2004; Mansur, 1986), também aparece como uma das drogas mais utilizada em nove (9) dos serviços. No entanto, poucos serviços têm atendimento específico para essa dependência. Em boa parte deles, o tabaco é tolerado para o uso, havendo em geral espaços reservados para que os fumantes possam utilizar o cigarro. O argumento principal é de que os dependentes já estão passando por um processo de privação do álcool e/ou das drogas e fica muito pesado, em termos de exigências, suspender o uso também dos cigarros.

Poderíamos realizar uma boa discussão sobre a questão do impacto das drogas lícitas sobre a saúde coletiva.

As outras drogas mais utilizadas pelos pacientes são, em ordem decrescente, a cocaína cheirada, a maconha, o crack e a cocaína injetada. Chama atenção o depoimento de muitas equipes técnicas de diferentes serviços para o crescimento vertiginoso na Região da Grande Florianópolis dos dependentes de crack, que até o ano 2000 não era tão significativo, mas que nos últimos quatro anos teve um crescimento acentuado, sendo responsável por um número crescente de internações, não somente entre jovens de classe baixa, por ser uma droga mais barata, mas também atingindo a classe média e alta.

Número de atendimentos mensais:

O número de atendimentos parece alto quando analisamos individualmente as instituições, porém em algumas o atendimento é feito em forma de internação, em outras o atendimento é ambulatorial e há os que atendem em caráter emergencial. Uma média de atendimentos não pode ser elaborada, pois cada tipo de instituição determina a forma como ocorrem os atendimentos, e isto acaba por alterar o número de pessoas que estão sendo alcançadas pelos diversos tratamentos.

Entretanto, como vimos acima, se somarmos os números oferecidos pelos diversos serviços participantes da pesquisa em relação à capacidade de atendimento mensal, entre ambulatorios, clínicas, hospitais, comunidades terapêuticas (excluídos os grupos de ajuda mútua, que pelas suas características não têm como precisar seus números) totalizaremos em torno de 700 atendimentos mensais. Pelas estatísticas de abuso e dependência de drogas disponíveis, como os do Cebrid (2001), os atendimentos constatados nas instituições da Grande Florianópolis não são suficientes para atender a demanda real. Os dados da presente pesquisa são importantes para constataremos a necessidade de abertura de serviços para

atender a demanda reprimida, apesar desta não poder ter sido mensurada, mas apenas presumida.

Em relação aos prontuários:

A maioria das instituições possui prontuários, porém muitos deles não disponibilizam as informações, como os atendimentos mensais citados acima, que efetivamente ajudariam no processo de conhecimento dessas instituições e a sua metodologia. Aqui seria importante, se for a vir criado um centro de informações, triagem e encaminhamento no município, de se instituir uma uniformização dos prontuários, entre os vários serviços, o que viabilizaria a criação de um banco de dados, que permitiriam acompanhamento e avaliações sobre os diversos tratamentos realizados pelos pacientes.

Composição da Equipe Técnica:

Sabemos que a composição da equipe técnica é um dos principais critérios de qualificação dos serviços, pois ter profissionais com formação especializada na área de saúde e, mais especificamente, na área da dependência de álcool e outras drogas é um dos principais dispositivos para se ter um serviço com uma melhor organização e qualidade nos atendimentos. A Lei Orgânica da Saúde (nº 8080 de 19/set/1990) define os critérios para a organização dos serviços de saúde e define aspectos centrais sobre os Recursos Humanos. A RDC Anvisa 101/01 prevê para as Comunidades Terapêuticas uma equipe mínima composta por um profissional da área da saúde, 1 coordenador administrativo e três agentes comunitários. Portanto, sob o amparo dessa legislação devem os serviços organizar suas atividades e seus quadros de pessoal.

Dentre os profissionais presentes nas equipes técnicas podemos destacar:

- O profissional que está presente em maior número nos diferentes serviços é o psicólogo (13 instituições), seguido do psiquiatra (9), clínico geral (9), enfermeiro (8) e coordenador de grupos (8).

- Os hospitais, como era de se esperar, são os serviços que têm equipe técnica mais completa, seguidos pela clínica. Os ambulatórios, pelo tipo de atendimento que prestam, muitos dos quais de caráter privado, têm seu quadro psicólogo e/ou psiquiatra, mas nem todos possuem enfermeiros, assistentes sociais, entre outros profissionais.

- Das Comunidades Terapêuticas seis possuem psicólogo e somente uma possui psiquiatra. Uma delas não possui profissional da saúde de nível superior em sua equipe, estando fora dos parâmetros da legislação. Outros profissionais mais presentes nessas instituições são os coordenadores de grupos ou monitores, geralmente compostos por

usuários em recuperação. É interessante notar que todas as Comunidades Terapêuticas (8) indicaram realizar terapia ocupacional, mas nenhuma tem terapeuta ocupacional nos seus quadros.

- Os programas de Redução de Danos têm no seu quadro como profissional essencial os agentes de redução de danos, mas também possuem psiquiatra ou psicólogo, enfermeiro e clínico geral.

- Já os Grupos de Ajuda Mútua, pela suas características, não possuem equipe técnica especializada. Seus coordenadores são todos usuários em recuperação.

Verifica-se que muitos serviços, principalmente as Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Ajuda Mútua (pela própria característica de sua organização) têm, prioritariamente em seus quadros, equipe formada por usuários em recuperação¹, sem a necessária formação técnica na área. Essa situação traz alguns questionamentos, pois tratar da dependência não é somente converter as crenças de uma pessoa ou modificar sua experiência, mas intervir no estado clínico do paciente, na sua dinâmica psicológica, interpessoal, familiar, com desdobramentos muito sérios para a vida dos indivíduos, grupos e comunidade envolvidos. A experiência na vivência da dependência ou na área de drogas é importante, mas não basta para uma intervenção segura; é preciso conhecimento científico para se ter segurança da compreensão da multideterminação do fenômeno de drogas, do conhecimento de teoria da personalidade, de psicopatologia, de metodologia de intervenção, etc. A falta de formação técnica da equipe, somado ao fato da inexistência, muitas vezes, de um programa terapêutico, traz o risco da atuação resumir-se a um mero empirismo, sustentar-se em tentativas de “ensaio e erro” nos tratamentos, o que pode implicar em sérios desdobramentos éticos e na possibilidade de resultados desastrosos para os pacientes. Por isso, o ideal é uma equipe interdisciplinar, com especialistas em diferentes disciplinas, incluindo os usuários em recuperação, que com sua rica experiência podem auxiliar na mediação dos pacientes em seu tratamento.

C) Caracterização da Clientela

A clientela predominante dos serviços de atenção à dependência química é do sexo masculino, adultos, de baixo poder aquisitivo (até dois salários mínimos) e desempregados.

¹ A utilização da expressão “usuários em recuperação”, pela maioria dos serviços, principalmente os que têm proximidade com a filosofia do AA (Alcoólicos Anônimos), implica em uma concepção de que a dependência de álcool e outras drogas é uma doença incurável e o máximo que o usuário pode admitir é que está em recuperação, pois a cura é impossível. Usamos a expressão para respeitar o termo usado pelos serviços, apesar de questionarmos os fundamentos que lhe dão sustentação.

No que se refere ao predomínio do sexo masculino, sabe-se que historicamente os problemas de consumo abusivo de álcool e drogas são mais comuns entre os homens. Há vários serviços que atendem ao público feminino, mas geralmente em instituições mistas. Não tivemos relato de nenhum serviço especializado somente no público feminino, público este, aliás, que, paulatinamente, vem se tornando cada vez mais vulnerável à dependência de álcool e outras drogas, modificando o cenário de décadas anteriores onde o predomínio do problema era mesmo masculino. O número de mulheres em situação de abuso e de dependência dessas drogas tem aumentado significativamente nos últimos anos. Mas estas têm apresentado maior dificuldade em assumir sua condição de dependente e, assim, aderir a um tratamento, entre outras razões pelo fato de a maioria dos serviços ser dirigida para homens e ter poucos especializados em mulheres. Há estudos (SENAD, 2004) que mostram a necessidade de se planejar instituições especializadas para esse público, pois ele tem suas idiosincrasias que devem ser levadas em consideração para uma maior eficácia nas intervenções.

Salta aos olhos a inexistência, também, de serviços especializados para adolescentes. Estes são tratados em pelo menos dez (10) dos serviços, mas inseridos no mesmo ambiente e no mesmo programa terapêutico dos adultos, o que nos leva a questionar a eficácia dessas intervenções, que não levam em consideração (ou não têm condições de levar, pela demanda atendida) as peculiaridades do momento de formação da personalidade por que passam esses jovens. O primeiro contato com a droga, geralmente, se dá na adolescência, e devido aos fatores psicossociais envolvidos nessa etapa de desenvolvimento da personalidade, tais sujeitos ficam mais vulneráveis a criar dependência (Antón, 2000). Este grupo etário, portanto, é um dos mais atingidos, na atualidade, pelo fenômeno da drogadição (SENAD, 2004), havendo um número crescente dele envolvido em situações de abuso e dependência. No cenário contemporâneo, surge o grave problema do envolvimento com o tráfico de drogas, que através do vício ou do oferecimento de ganhos mais fáceis, aliciam muitos adolescentes a nele trabalharem, envolvendo-se com a violência urbana e correndo riscos de vida, tornando-se um sério problema social. Sendo assim, é bastante questionável não existirem serviços na Grande Florianópolis especializados nessa faixa etária².

Também não temos serviços destinados especificamente à terceira idade, sendo este também um grupo especial, que necessitaria o mesmo tratamento especializado, direcionado para a realidade idiossincrática de sua faixa etária.

² Existe, na Grande Florianópolis, uma única comunidade terapêutica especializada em crianças e adolescentes, dirigida preferencialmente à população de rua ou portadores de HIV, mas que não respondeu à pesquisa.

Estes são aspectos de gênero e faixa etária deveriam ser levados em consideração na formulação de políticas públicas nessa área.

Sabemos que os usuários de álcool e outras drogas, quando num estágio mais avançado de sua dependência vão, progressivamente, perdendo seus vínculos familiares, sociais, trabalhistas. Dessa forma, numa perversa relação dialética, a condição social, que em determinadas situações é uma determinante, em outras se torna um desdobramento da situação de dependência de álcool e outras drogas, e acaba por envolver, assim, uma população cuja maioria está desempregada e, por isso mesmo, tem baixo poder aquisitivo. Devemos aqui considerar as questões decorrentes da realidade social brasileira, especificamente de Florianópolis, que tem 7,51% de sua população na faixa de pobreza, segundo dados do Atlas do Desenvolvimento Humano, do IPEA, de 2000, sendo que muitos têm no álcool e/ou drogas uma bengala para suportar as péssimas condições de vida a que estão submetidos. Portanto, a realidade da população atendida pelos serviços da Grande Florianópolis é um retrato do perfil da maioria dos pacientes de nosso país.

No que se refere aos critérios de elegibilidade adotados pelos serviços, a maioria (71,5% dos respondentes) não admite pacientes com comprometimento biológico grave, e outros tantos (57%) não admitem pacientes com comprometimento psíquico grave. Os hospitais, clínicas e ambulatórios são os que mais admitem as comorbidades, por estarem sob um modelo médico-psiquiátrico e terem quadro técnico para tanto. Entretanto, a maioria dos serviços adequam-se às normas definidas pela Anvisa RDC 101, que define que as pessoas em avaliação que apresentarem comprometimento grave no âmbito orgânico ou psicológico não são elegíveis pelas comunidades terapêuticas e devem ser encaminhados para outras modalidades de atenção.

D) Aspectos Metodológicos dos Serviços Pesquisados

Encaminhamento de pacientes que chegam ao serviço

A prevalência dos encaminhamentos de pacientes para o serviço parte dos próprios familiares (12 instituições), o que pode nos indicar o envolvimento da rede social e sociológica do dependente em sua problemática. É sabido que há uma propagação dos problemas enfrentados por um sujeito dependente de álcool e outras drogas por toda a sua rede sociológica, sendo que as dificuldades focadas no paciente afetam, geralmente, o conjunto familiar. Na maioria das vezes, os familiares têm dificuldades de lidar com a problemática da dependência, ficando muito mobilizados pela situação e, assim, em muitas situações buscam “livrar-se” do problema através do mecanismo de internação. Daí,

realmente se constatar a necessidade de trazer a família para junto do trabalho com o dependente, a fim de viabilizar a eficácia do tratamento.

Outro índice de encaminhamento significativo é dos próprios pacientes, que neste caso, já estariam dentro da etapa, segundo Diclemente e Prochaska, de “preparação” ou de “determinação” de modificação comportamental em relação ao uso de drogas, quando a própria pessoa toma a decisão de modificar o seu comportamento ou já coloca em prática um plano para operar esta modificação (Silva, 2003).

A Assistência Social da Prefeitura de Florianópolis aparece como o principal instituição de encaminhamento de pacientes aos diversos serviços, o que indica o envolvimento dos serviços públicos do município com esta problemática.

Em termos de profissionais, os que mais encaminham para tratamento são os médicos e os assistentes sociais.

Formas de internamento

Pelos dados de pesquisas nacionais e internacionais sabe-se que a eficácia dos tratamentos são díspares e aleatórios, havendo uma variabilidade na definição de critérios de melhora e de sucesso terapêutico. Atualmente, sabe-se que a internação é um recurso que deve ser utilizado em decorrência da gravidade do caso e não ter seu uso indiscriminado. Ele pode até constituir-se em recurso terapêutico privilegiado, mas há de se prevenir certos abusos que são cometidos nessa área, tais como internações compulsórias, ou de caráter punitivo, ou ainda para usuários ocasionais de drogas que não necessitariam internação (SENAD, 1999).

Na Grande Florianópolis, a maioria das instituições, 12 serviços no total (57% dos respondentes), realiza internações, o que indica uma ênfase no tratamento em nível terciário, em detrimento dos atendimentos em nível mais básico, como em ambulatórios, por exemplo.

Deveríamos pensar se a priorização da perspectiva da retirada da pessoa do contexto que a levou ao uso de drogas, internando-a em uma instituição, na sua maioria em regime fechado, não dificulta a sua recuperação integral, pois não considera que ao sair da instituição e voltar para a vida social anterior, pouco ou nenhum aspecto foi modificado. Assim, o indivíduo volta a conviver com as mesmas condições/situações que foram as determinantes de sua dependência. Sabemos que em muitos casos a internação realmente se faz necessária, pelos riscos de saúde envolvidos, ou pelo nível de envolvimento com o tráfico, por exemplo, entre outros motivos. A questão polemizada aqui é o fato de se generalizar o modelo de internação como predominante de tratamento, inclusive porque se sabe que ele serve de suporte para o desespero ou descaso das famílias/círculo de relações mais próximos do

paciente, que assim buscam livrar-se/desresponsabilizar-se dos inúmeros desgastes gerados por uma problemática de dependência de drogas.

Dois (2) dos serviços realizam internação domiciliar, ou seja, os profissionais acompanham a permanência do paciente em sua própria casa, passando por um processo de desintoxicação e afastamento da droga de abuso, orientando os familiares a como lidarem e se responsabilizarem pela situação que gera a dependência, entendida, nesse caso, como uma co-dependência com os familiares. Nesse caso, não ocorre o afastamento do paciente da situação sócio-histórica que o lançou na dependência, intervindo-se na situação. Não temos como mensurar os resultados dessa intervenção, mas nos parece coerente com as concepções avançadas da ciência, que demonstram que o isolamento do paciente psiquiátrico de seu ambiente familiar e cultural é prejudicial para seu tratamento (conforme podemos verificar na bibliografia antipsiquiátrica, como por exemplo: Basaglia, 1985; Rotelli, 1990; Szasz, 1984).

Programas de Tratamento e Concepções adjacentes³

Ao procurarmos a literatura especializada na área para discutir este ponto da análise dos dados encontramos o que poderíamos definir de uma “confusão conceitual”, uma vez que seus termos são utilizados com diferentes significados, como por exemplo, “modelo de tratamento” sendo utilizado para definir diferentes aspectos do processo, desde técnicas de intervenção (psicoterapias, por exemplo), até objetivos ou metas a serem alcançadas (abstinência, por exemplo), passando por modelos propriamente ditos (médico, por exemplo) indo até locais de tratamento, além da confusão com abordagens, pontos de vista, programas, etc. Dessa forma, achamos por bem, primeiramente, precisar as definições com as quais trabalharíamos.

Definições

Entendemos por “**Programa**” o plano específico de cada instituição a respeito do tratamento proposto, que deve abarcar: o(s) modelo(s) que norteia(m) as atividades técnicas a serem desenvolvidas, bem como define um(s) horizonte de racionalidade(s) sobre o fenômeno da drogadição e um processo de intervenção planejada sobre a problemática.

Modelo, segundo o Dicionário Aurélio, é “aquilo que serve de norma ou de molde” (Ferreira, 2001). Dessa forma, o modelo norteia a definição da intervenção e seus objetivos,

³ As concepções que aparecem na “descrição dos dados” serão tomadas aqui na perspectiva do horizonte de racionalidade onde foram concebidas. Elas serão analisadas com maior profundidade numa próxima pesquisa, já aprovada pelo Departamento de Psicologia para ser desenvolvida em 2004/2, intitulada “Concepções acerca do fenômeno das drogas e de sua dependência: análise do ponto de vista da equipe técnica dos serviços de atenção à drogadição em Florianópolis”.

delineando as atividades técnicas a serem aplicadas. Aqui nesse capítulo estamos nos referindo aos modelos de tratamento.

O **Horizonte de Racionalidade** (Bertolino, 2004), ou também chamado por alguns autores de “modelo de explicação” ou “visões do problema”, define, como o próprio nome diz, o horizonte de racionalidade ou a concepção a partir da qual o fenômeno das drogas, bem como o da drogadição, são compreendidos, implicando, dessa forma, na postulação de como realizar intervenção em ambos os fenômenos (modelo).

Abordagem é a definição que a psicologia, enquanto disciplina, adota para definir as diferentes correntes teórico-metodológicas que norteiam sua atuação ou intervenção: psicanalítica, cognitivo-comportamental, sistêmica, humanista e centrada na pessoa (rogeriana), são exemplos de abordagens que foram citadas pelos serviços.

Poderíamos afirmar, portanto, que o “programa de tratamento” implica na adoção de um ou vários modelos de tratamento por parte de um serviço, que traz em seu bojo um(s) horizonte(s) de racionalidade(s) que lhe dá suporte teórico e metodológico e que se desdobra em diferentes metas ou objetivos a serem alcançadas, bem como em técnicas e procedimentos necessários para alcançar este fim.

Discussão dos Dados

Verificou-se que a maioria dos serviços utiliza-se, em seu programa, de mais de um modelo de tratamento concomitantemente, sendo ainda que alguns não têm um programa definido, somente procedimentos técnicos ordenados.

A) O **modelo** de tratamento proposto pelos **Alcoólicos Anônimos** (AA) é o mais utilizado, estando presente em um grande número de instituições (48% dos respondentes). Este modelo é um dos mais antigos (desde 1935) e dos mais reconhecidos no mundo. Baseia-se na participação dos usuários em grupos de auto-ajuda, que através do compartilhamento das experiências de situações de uso abusivo de álcool e de suas conseqüências sociais, familiares, laborais, etc, perseguem a abstinência como única meta possível, pautando-se na seqüência de seus “12 passos”, cuja tônica é o tratamento moral (expição das falhas e da culpa do alcoolista) (JUNAAB, 2002). Nele mesclam-se a racionalidade moralista e religiosa (a crença em um “poder superior”, independente do credo) com a racionalidade pretensamente científica da psiquiatria (a concepção do alcoolismo com uma doença crônica e recorrente). Pregam a certeza da incurabilidade e, portanto, seus membros têm de ser considerados “usuários em recuperação”, posto que nunca haverá um ex-usuário. Não é de se estranhar, portanto, que dois hospitais, uma clínica e um ambulatório, cujo quadro técnico e perspectiva de intervenção são marcadamente psiquiátricas, utilizam-se concomitantemente dos dispositivos do AA. Algo que num primeiro olhar poderia parecer contraditório (como

um modelo que se pretende científico pode pautar-se em um tratamento moral?) fica compreensível quando se aprofundam os meandros da formulação do modelo do AA, bem como do modelo médico.

B) O **modelo médico-psiquiátrico**, constituído por influência da psiquiatria e neurologia, a partir do início do século XIX (SENAD, 2004), é outro modelo com presença significativa (em torno de 30%) nos serviços de atenção à dependência de substâncias psicoativas da Grande Florianópolis, não diferindo muito de uma tendência nacional e mundial. Poderíamos afirmar que, conjuntamente com as concepções do AA, formam a lógica hegemônica no tratamento das dependências de álcool e outras drogas. Neste modelo o horizonte de racionalidade, pautado em estudos e pesquisas científicos, postula a dependência como um transtorno crônico e recorrente, com uma base biológica e genética (WHO, 2004). A meta do tratamento é também a abstinência total, permanentemente perseguida, pois concebem o fenômeno da dependência como incurável. Um dos procedimentos técnicos preponderantes é a internação. Do início do século XX até meados da década de 80 esta foi o dispositivo prioritariamente recomendado para o tratamento de qualquer situação de abuso ou dependência de álcool e drogas. A partir dos anos 1980 e 90, essa perspectiva hospitalocêntrica passa a ser questionada, pelo avanço da ciência psiquiátrica e psicológica, sendo a internação recomendada somente em casos de maior risco físico, social ou familiar e a perspectiva do tratamento em ambulatorios, mais próximos da realidade cotidiana do usuário, passa a ser valorizada e incentivada.

Nesse modelo médico são utilizadas como **técnicas auxiliares** as psicoterapias, tanto individuais, quanto familiares e grupais, moldadas por diferentes abordagens. Dentre estas, a abordagem cognitivo-comportamental, que pressupõe a modificação de comportamentos através da mudança no sistema de crenças e pensamentos automáticos dos pacientes, é hoje a tendência teórico-metodológica mais preponderante nos tratamentos médico-psiquiátricos.

A técnica de **prevenção à recaída**, uma proposta concebida no bojo da abordagem cognitivo-comportamental é um dos dispositivos mais utilizados pelos serviços (43% dos respondentes). Essa técnica baseia-se nos seguintes pressupostos: - a recaída é parte do processo de recuperação; - comportamentos de adição são hábitos aprendidos que podem ser analisados e modificados; - no contato com certos ambientes e com certas substâncias há ativação das crenças e dos pensamentos relacionados especificamente à droga, constituindo-se situações de risco. O objetivo é evitar a ocorrências de lapsos, seja no começo ou na manutenção do tratamento, provocados por estas situações e que possam levar o paciente à recaída. Dessa forma, deve-se ensinar o indivíduo a mudar seu estilo de vida, adquirindo

novos hábitos e comportamentos mais saudáveis, evitando tais condições de risco e, assim, prevenindo a recaída nas drogas (Marlatt & Gordon, 1993).

Há ainda alguns serviços, entre eles dois ambulatorios e uma comunidade terapêutica que se utilizam da **abordagem sistêmica**. A ênfase central nessa perspectiva é a intervenção no grupo familiar, pois compreende que a problemática do uso abusivo de drogas é indicativo de questões que se relacionam com o funcionamento do sistema familiar onde o usuário convive. Num desses ambulatorios essa perspectiva é a predominante, realizando todo o tratamento pautado na participação familiar, na noção de co-dependência, realizando inclusive internamentos definidos como domiciliares, onde o usuário em situação de um padrão de uso nocivo, com riscos para a sua saúde, para seu trabalho e seus relacionamentos, fica em casa, sob supervisão da família, que também é trabalhada nesse momento, sendo que inclusive a própria casa passa por um processo de desintoxicação de substâncias e hábitos nocivos, sob supervisão da equipe técnica interdisciplinar. Essa perspectiva deixa de culpabilizar o usuário e passa a intervir no sistema social primário onde ele está inserido.

No horizonte da perspectiva médico-psiquiátrica forjou-se, também, o **modelo psicossocial**, que mantém alguns de seus pressupostos (a noção de doença recorrente e incurável, por exemplo), mas concebe a dependência de álcool e outras drogas como um problema de saúde mental coletiva, com ênfase nas determinantes sócio-psicológicas do fenômeno da drogadição. Essa não é uma tendência predominante nos serviços da Grande Florianópolis, mas, no entanto, algumas instituições nela se pautam. A Anvisa chamará o modelo das comunidades terapêuticas de “psicossocial”, apesar de que muitas destas não trabalhem na perspectiva da saúde mental coletiva, o que pode trazer alguma confusão de termos.

C) O **modelo do Amor Exigente**, presente em quatro serviços (19% dos respondentes), segue o modelo dos grupos de auto-ajuda, mas tem variações significativas em relação ao do AA. É uma proposta de educação destinada a pais e orientadores, como forma de prevenir e solucionar problemas com os jovens usuários de álcool e outras drogas, entre outros problemas sociais. Portanto, sua atuação é basicamente com as famílias e não exatamente com os pacientes, aproximando-se aqui da perspectiva sistêmica. Traz como concepção a necessidade de um "Amor Responsável, que orienta e educa, desvinculado da obtenção de vantagens e conveniências. Um amor que quer e luta pelo bem-estar e felicidade do outro "para o outro" em primeiro lugar!" (Amor Exigente, 2004). Enfatiza a mudança de comportamento de pais, professores, pedagogos, terapeutas, orientadores e voluntários em relação a jovens com problemas. Seus 12 princípios básicos levam em conta as relações sociais, culturais das famílias e comunidades, como aspectos constituintes dos

comportamentos inadequados aos padrões da sociedade. Seu horizonte de racionalidade é mitológico ou moralista, sendo que em seu primeiro princípio é afirmado que “a integridade moral e ética são imutáveis. O respeito, a compreensão e o Amor devem nortear nosso relacionamento com o mundo” (Amor Exigente, 2004). Dessa forma, pregam uma moral menos individualista (do que vemos no AA, por exemplo, de culpabilização do usuário) e mais coletiva, baseada nos relacionamentos mútuos e na filosofia do amor como intuição fundamental, mas ainda assim centrada na perspectiva mítica e moralizadora.

D) O **modelo das Comunidades Terapêuticas**, presente em oito serviços (38%), insere-se dentro do horizonte de racionalidade hegemônico como vimos acima, ainda que tenha um programa específico de intervenção. As comunidades terapêuticas seguem o chamado modelo psicossocial, segundo definição da Anvisa e Senad (2002), como aquele que concebe o uso do álcool e outras drogas como um comportamento humano complexo: considerando desde aspectos psicológicos, sociais, culturais, ambientais, até familiares. Partindo dessa concepção, a informação sobre a experiência do usuário de drogas não pode ser por ele recebida passivamente, mas tem de estar relacionada com a sua mudança de atitudes, de valores, de estilo de vida. Localizadas geralmente em fazendas, ou em alguma residência urbana que possa abrigar um conjunto de pessoas, mas com isolamento do convívio social cotidiano, as comunidades terapêuticas se caracterizam pela internação, por um período pré-estabelecido, de um grupo de usuários de álcool e/ou drogas, tendo no aprendizado da vida comunitária e na laborterapia um dos seus principais métodos de intervenção. Utilizam-se da troca de experiências entre pares (lógica semelhante aos grupos de ajuda mútua) como um dos seus instrumentos terapêuticos centrais. A recuperação deve ser um processo gradual de aprender a viver corretamente (segundo os valores morais e a ética do trabalho), considerando a pessoa na sua integralidade (De Leon, 2003). Dessa forma, o horizonte de racionalidade que as norteia é o religioso e moral. A maioria das comunidades terapêuticas são serviços desenvolvidos por alguma organização religiosa. Na Grande Florianópolis temos Comunidades organizadas pela Igreja Católica, pela Igreja Evangélica, Igreja Protestante, Comunidade Espírita, entre outras. Segundo De Leon (2003) nem toda fazenda de tratamento pode ser considerada uma Comunidade Terapêutica, pois muitas não seguem a concepção e o método por elas previstos, o que nos parece o caso de alguns serviços por nós entrevistados. Além disso, a Anvisa RDC 101/01, afirma que a “admissão de pessoas não deve impor condições de crenças religiosas ou ideológicas”, nem tampouco permitir a prática “de castigos físicos, psíquicos ou morais”. Em alguns casos, parece estar havendo um descumprimento dessas normas.

E) O **Programa de Redução de Danos**, que segue um modelo teórico mais geral caracterizado como sócio-cultural (Wright, 2002), foi citado por quatro serviços (19%), sendo o programa que mais consistentemente se opõe ao modelo hegemônico acima citado. Contradiz frontalmente a concepção da drogadição como doença crônica (típica do modelo médico), bem como a concepção moralista e religiosa (típica do AA e das Comunidades Terapêuticas). Opõe-se, também, à política repressiva, centrada no lema da “guerra às drogas”, que é típica do Estado, bem como a chamada “pedagogia do terror”, que é referendada pela maioria das Comunidades Terapêuticas, alguns ambulatórios, hospitais e grupos de auto-ajuda. A estratégia de redução de danos surgiu em 1926, na Inglaterra, em um relatório médico que propunha o uso de opióides como a melhor forma de tratamento de outras drogas (SENAD, 2002). A partir do final dos anos 1980 a Redução de Danos passou a ser muito utilizada como forma de prevenir a expansão da epidemia de HIV/Aids, principalmente entre os usuários de drogas injetáveis, que têm no compartilhamento de agulhas e seringas um alto risco de contaminação pelo vírus. Uma das suas estratégias mais utilizadas foi a proposta de “troca de seringas”, oferecida por alguns serviços públicos de saúde e ONGS, para os usuários evitarem o compartilhamento. A ênfase central é intervir com ações que minimizem os riscos ou danos envolvidos no uso das substâncias psicoativas, tanto no que se refere às suas formas de uso (injetável, cachimbo do crack, etc), como no padrão de uso nocivo, visando a prevenção de danos crônicos e a promoção da saúde. O horizonte de racionalidade é político, pois compreende a droga como um problema social e o usuário de drogas como um cidadão que tem direito de usar o que lhe convier, mas que deve se conscientizar de sua situação de risco e as implicações para sua rede de relações. Além disso, deve envolver-se em ações sociais que digam respeito à sua vida. Considera, assim, o usuário responsável pela modificação de seu comportamento, podendo contribuir na implementação de programas de redução de danos junto a seus pares (Senad, 2002; Ministério da Saúde, 2001 e 2001B). Esse modelo não defende a abstinência como meta, mas sim a minimização dos danos em situação de uso de drogas, até mesmo por que compreende que sempre existiu o uso de substâncias ativas na sociedade humana, o que certamente continuará a ocorrer, como nos demonstram as questões em torno das drogas lícitas (álcool, tabaco, medicamentos psicotrópicos).

Conclusão

De maneira geral, muitos serviços realizam uma combinação de diferentes modelos e abordagens, mas sem incorporar as evidências apontadas pelas pesquisas e pelas formulações da ciência contemporânea, ao manterem concepções rígidas, como a noção de doença incurável, a de rendição a um poder superior, ou a do imperativo de uma vida moral, sendo

que, dessa forma, estão todos sob a égide do determinismo. Em última instância, em termos ontológicos e antropológicos eles se equivalem, tanto aqueles que se ‘pretendem científicos’, quanto aqueles que são os defensoras de uma moralidade humana ‘à priori’. Raras são as exceções a esse perspectiva hegemônica. Podemos aqui citar os programas de redução de danos. Ainda dois ambulatorios e um dos hospitais têm uma perspectiva mais crítica em relação aos modelos dominantes, mas na sua ação ainda assim referendam, em alguns aspectos, esses modelos⁴.

Atividades Técnicas Desenvolvidas

São diversas as atividades técnicas desenvolvidas pelos serviços, sendo que elas variam de acordo com o tipo de instituição, com o espaço físico disponível, com o programa terapêutico predominante, com o horizonte de racionalidade e abordagem predominante, entre outros aspectos.

A **triagem** é realizada pela grande maioria dos serviços (16 no total, correspondendo a 76% dos respondentes), com exceção dos grupos de ajuda mútua e dos programas de Redução de Danos, que pelas suas características de atuação, acolhem qualquer pessoa que os procure. Os procedimentos variam de acordo com o serviço. Na maioria dos casos é realizada por uma entrevista com o paciente com membros da equipe técnica ou do staff da instituição. Em seis serviços é também realizada uma entrevista com a família. Os objetivos dessa entrevista são, em geral, avaliar a motivação do paciente, dar esclarecimentos acerca do tratamento, proceder uma avaliação clínica, levantar a história de uso e abuso e/ou história de vida do paciente.

O passo inicial de todo tratamento é uma avaliação, realizada com segurança e rigor metodológico, acerca da situação de uso, abuso e dependência do paciente, do seu contexto familiar, social, cultural. Sabemos da importância desse processo de triagem ser bem realizado, para que se proceda ao correto encaminhamento do paciente. Conforme a problemática que se desenha a partir das entrevistas iniciais, o caso pode ser considerado pertinente ou não para permanecer no serviço, de acordo com as características de cada instituição, bem como deve ali ser traçado o plano de tratamento específico para o caso.

O **atendimento ambulatorial** realizado por 10 instituições (48%) é outro serviço importante no sistema de atenção à dependência de álcool e outras drogas, pois como já vimos anteriormente, a ênfase hoje na política de saúde é valorizar os atendimentos ao nível

⁴ As conseqüências desses modelos hegemônicos para os usuários em sua recuperação, bem como um aprofundamento desses modelos e racionalidades serão discutidos em outra pesquisa, já prevista.

primário e secundário (Ministério da saúde, 2001A), pelos quais a função do atendimento ambulatorial é um dispositivo essencial. Ele é realizado pelos serviços que seguem preferencialmente o modelo médico-psiquiátrico, mas também ocorre em uma das comunidades terapêuticas.

O **atendimento grupal**, seja em forma de psicoterapia (necessariamente coordenado por um profissional da área da saúde: médico, psicólogo, assistente social) ou em outras atividades realizadas em grupo, como ajuda mútua, troca de experiências, assembléias participativas, etc (que podem ter como coordenador um membro da equipe técnica, um usuário em recuperação, um voluntário, entre outros), é uma das atividades técnicas com presença massiva nos serviços (em 76% dos respondentes). Ela é muito utilizada por possibilitar o atendimento a um maior número de pessoas concomitantemente, com custo mais baixo, além de possibilitar o estabelecimento de vínculo entre seus membros e suporte existencial na troca de experiências entre pares. Por isso mesmo, ela é considerada um excelente instrumento terapêutico e um dos procedimentos básicos de intervenção em instituições de saúde pública (SENAD, 2004), bem como nas instituições filantrópicas.

A **desintoxicação** é oferecida por 52% dos serviços: os hospitais, a clínica, dois ambulatorios e cinco comunidades terapêuticas. A desintoxicação é um das intervenções que mais cuidados requer em função dos riscos físicos e psicológicos causado pela síndrome de abstinência, por isso mesmo exige atenção de equipe especializada. Os três primeiros tipos de serviço têm em seus quadros profissionais médicos ou psiquiatras que se responsabilizam pelo processo de desintoxicação. Já as comunidades informaram manter todos os cuidados necessários em seu procedimento de desintoxicação, como por exemplo, internação em separado para pacientes nessa situação, mas nem todas têm profissionais médicos. Elas afirmaram que em situação de agravo dos sintomas dos pacientes em desintoxicação, estes são encaminhados ao pronto-socorro ou hospitais. A RDC Anvisa 101/01 define critérios para Comunidades Terapêuticas que realizam desintoxicação e utilizam da prescrição de medicamentos ou acompanham a medicação controlada de seus pacientes, que devem ficar submetidos à Portaria SVS/MS 344/98 (Anvisa e Senad, 2002).

A **terapia ocupacional**, presente em doze serviços (57%), pode ser entendida de duas formas: a) como tratamento realizado por profissionais técnicos especializados (terapeutas ocupacionais), baseado nos conhecimentos da ciência que estuda a atividade humana, e compreende atividades físicas, recreativas, laborais, etc, visando suprir certas dificuldades físicas e psicossociais nas necessidades terapêuticas, pessoais, sociais do paciente. Esse profissional só está presente, na Grande Florianópolis, na área de tratamento de drogas, em uma clínica, dois hospitais e um ambulatorio; b) como ‘laborterapia’, ou seja, o trabalho

(seja ele em hortas, atividades da vida rural, atividades de marcenaria, carpintaria, construção civil, etc) utilizado como instrumento terapêutico. Esse é realizado sem a orientação de um profissional técnico especializado, mas dirigido por coordenadores, consultores, monitores das instituições. Na Grande Florianópolis, este recurso é utilizado nas oito comunidades terapêuticas, pois é considerado um dos principais instrumentos terapêuticos no seu modelo de tratamento. Um dos hospitais também se utiliza da laborterapia como instrumento de tratamento.

A **assistência espiritual**, desenvolvida por nove instituições (43%), é considerada um instrumento terapêutico para aqueles que seguem o horizonte de racionalidade religioso, pois concebem que o desenvolvimento da espiritualidade é um dos principais caminhos para a saída do mundo das drogas. Nesse caso, sete comunidades terapêuticas, um ambulatório e uma clínica a realizam.

A **participação familiar** está presente na quase totalidade dos serviços (95%), mas de maneira e com intensidades diversas. Dois serviços, sendo um grupo de ajuda mútua e um ambulatório, têm seu modelo de intervenção centrado na participação familiar, com base na concepção de que a dependência de drogas implica sempre, por parte da família, em uma co-dependência e que se não for trabalhado o grupo familiar, não se altera o problema daquele membro que resulta dessa questão grupal. Outros serviços realizam psicoterapia ou grupo familiar, e ainda outros realizam atendimento individual aos familiares, mas a grande maioria dos serviços tem alguma forma de participação familiar prevista. Atualmente é quase unanimidade das teorias psicológicas e dos tratamentos das dependências a necessidade de envolver a família (SENAD, 2004), (ou pelo menos sua rede sociológica, ou seja, o núcleo de vínculos fundamentais da pessoa) no processo de tratamento da dependência, posto que ali está o espaço de mediação fundamental para o ser do sujeito. Entretanto, muito dos serviços (48%) afirmam que o nível de aderência familiar ao tratamento é baixo ou médio, dando como “causa” os problemas de funcionamento familiar, sem questionar internamente a qualidade das atividades e da metodologia desenvolvidas pelos serviços.

Palestras e seminários são desenvolvidos em 15 dos serviços (71%). A socialização de informações e de debates sobre o funcionamento e os mecanismos de ação das drogas, sobre as concepções de vida e de valores morais e familiares, entre tantos outros assuntos, são considerados aspectos fundamentais para serem apropriados pelos pacientes, familiares e comunidade em geral, visando uma melhor compreensão do fenômeno da drogadição, uma diminuição dos preconceitos em relação aos usuários e, com isso, viabilizando atividades de prevenção. No entanto, há todo um questionamento sobre a eficácia de palestras isoladas, ocasionais, não vinculadas a um programa de prevenção melhor estruturado. Portanto, a

avaliação sobre esse tipo de atividade deve ser feito no conjunto do programa a ser avaliado. Há evidências de que modelo de palestras e seminários não funcionam como se imagina, conforme pesquisa recente da Organização Mundial da Saúde (WHO 2004) comprova.

Reuniões de AA/NA acontecem em 8 serviços (38%), sendo a parceria com as Irmandades bastante valorizadas. Como vimos acima, o modelo dos grupos de ajuda mútua são considerados, no mundo inteiro, bastantes eficazes e considerados coadjuvantes de diversos outros serviços de saúde (Senad, 2004). Essa parceria é viabilizada em função de o horizonte de racionalidade desses serviços se equívalerem, tanto daqueles médico-psiquiátricos, que se pretendem científicos, quanto aqueles que são os defensores de uma moralidade humana “à priori”, pois estão todas sob a égide do determinismo, como discutimos anteriormente.

As modalidades de **hospital-dia** e **hospital-turno** são propostas modernas de atendimento em centros de saúde, nas quais o paciente não fica internado em tempo integral, mas permanece o dia ou um turno no serviço, para beneficiar-se do tratamento e do suporte clínico dado pela instituição, suprindo as carências de um espaço de convivência que o dependente muitas vezes perdeu em seu cotidiano, por ter desfeito seus vínculos fundamentais em sua comunidade e família. Estas modalidades estão presentes na nossa região em uma clínica e um ambulatório.

Alta e Pós-Alta

Um número significativo de serviços (quase 40% dos respondentes) explicita a não existência de critérios definidos para a **alta** ou para o término do tratamento dos pacientes, sendo que a quase maioria (48%) não tem definidos os procedimentos para alta, contrariando as legislações a respeito (RDC Anvisa 101/01, por exemplo) . Esses dados são importantes para que pensemos a questão da avaliação dos serviços. Como as instituições que não têm definido tais critérios podem ter controle sobre o tratamento proposto? Se não sabem quais critérios para finalizar o tratamento, como sabem avaliar sua eficácia?

Em relação ao acompanhamento **pós-alta**, mais de 70% dos serviços afirmam que o realizam, sendo este considerado um dos mais importantes procedimentos para garantir a qualidade dos serviços, pois diz respeito à manutenção do paciente no horizonte do tratamento e da recuperação. Muitos serviços (24% dos respondentes) utilizam o Programa de Prevenção à Recaída, modalidade elaborada por Marlatt e colaboradores (1993), utilizada e reconhecida internacionalmente. Esse é um aspecto positivo dos serviços.

Entretanto, há um hospital, uma comunidade terapêutica, dois ambulatórios e os grupos de ajuda mútua que não realizam esse acompanhamento. Com exceção dos grupos de

ajuda mútua que têm uma metodologia de participação voluntária, sem identificação dos usuários e não propriamente um tratamento, como será que esses outros serviços podem avaliar se o seu tratamento tem produzido resultados e mudanças no paciente/usuário sem saber o que lhe acontece no pós-tratamento, já que os dados objetivos sobre a recuperação do dependente estão justamente no pós-alta? A Resolução 101 da Anvisa, por exemplo, exige das instituições um processo de seguimento para cada caso tratado pelo período mínimo de um ano.

Encaminhamento de pacientes para outros serviços

Prevalecem os encaminhamentos de pacientes para grupos de ajuda mútua, em mais de 57% das instituições, o que nos indica a importância dada a esse tipo de serviço, considerado um apoio fundamental à manutenção do tratamento por boa parte dos serviços. Também é significativo o encaminhamento para os ambulatórios (52% das instituições), numa mesma perspectiva, nos parece, de busca da manutenção do tratamento.

Outros locais utilizados para encaminhamento de pacientes por parte dos serviços (52%) são as clínicas e hospitais, nesse caso, como um recurso de internação e tratamento para situações de agravo do abuso ou da dependência.

Desistências, Evasões e Reinternações

Quatro serviços afirmaram não ter como obter os dados de desistência e evasão dos pacientes, entre eles, dois ambulatórios e um hospital. Também podemos nos perguntar como estes serviços podem avaliar seus tratamentos, se nem esses dados básicos eles possuem?

Os fatores atribuídos à desistência, bem como às evasões, são os mais variados, mas a maioria refere-se a aspectos de ordem pessoal ou psicológica (compulsão e recaída pela droga e não aceitação da doença, por exemplo) ou de relacionamento social (dificuldade interpessoal) e familiar (não adesão da família ao tratamento). A referência ao funcionamento do programa de tratamento também é concebido em uma perspectiva subjetiva, a da não adaptação do paciente ao mesmo. Não há nenhuma referência de questionamento da eficácia do próprio tratamento. Mais de 60% dos serviços não citaram ou não responderam se têm procedimentos padronizados em relação às desistências ou evasões. As legislações (RDC Anvisa 101/01, por exemplo) e estudos técnicos exigem que os serviços, para funcionar, explicitem seus critérios de alta, desistência, desligamento, evasão, fluxo de referência, etc. No entanto, pelo que verificamos nesta pesquisa, boa parte dos serviços não os têm definidos.

Em relação às reinternações quase a totalidade dos serviços (85%) não respondeu sobre os índices de reinternação de pacientes, sendo que nos três que responderam o índice é

alto ou muito alto. Sabemos que as reinternações são aspectos significativos na avaliação do serviço, pois diz respeito às recaídas do paciente e a necessidade de voltar ao tratamento. É significativo que a maioria das instituições não tenha controle desse aspecto, pois mais uma vez nos demonstra a falta de critérios de controle e avaliação.

Processo de Avaliação dos Serviços e seus Resultados

Segundo o Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas (SENAD, 1999), todo tratamento deveria ser avaliado periodicamente. Chamam atenção, portanto, os dados da quase inexistência de procedimentos formalizados de avaliação dos processos de tratamento e de seus resultados nos diversos serviços pesquisados. Somente duas instituições (9,5%) afirmaram ter processo formalizado de avaliação, mas ainda assim não sabem falar de seus procedimentos, critérios e indicadores, o que não permite considerar este processo de avaliação válido. A avaliação realizada é, na grande maioria dos serviços, de forma empírica, baseada na “experiência adquirida” com o tratamento dos pacientes e sem critérios mais elaborados. A grande maioria das instituições (70%) recebe verba pública, seja de forma direta, pelo financiamento do SUS, ou através de convênios e subvenções sociais; porém, quase a totalidade não tem processo formalizado de avaliação dos serviços. Verificamos, também, que boa parte das instituições (40%) não tem critérios definidos para a alta e a grande maioria não tem referências dos índices de pacientes que reinternam. Há hospitais e ambulatorios, supostamente serviços de saúde bem estruturados e tecnicamente avançados, que não têm dados sobre evasões e desistências e nem realizam acompanhamento pós-alta. Sabemos, no entanto, que esses são critérios valiosos para medir a eficácia e eficiência de um serviço de saúde e avaliar seus resultados. O que indicam esses dados contraditórios?

Como a sociedade pode acompanhar os gastos públicos no setor se não tem como verificar os processos técnicos utilizados, muito menos mensurar seus resultados? Como a população pode estar segura na sua relação com o sistema de saúde, se os serviços têm procedimentos técnicos específicos, mas não prestam contas à sociedade, ao governo, nem mesmo a suas equipes internas?

Já vimos acima que, segundo a OMS, realizar uma avaliação do serviço é a base mais segura para a utilização dos recursos disponíveis em termos de dinheiro, de pessoal e de material e, assim, chegar a soluções para o problema da melhora dos serviços existentes e, ao mesmo tempo, obter recursos adicionais para desenvolver novos programas (Gandra, 1986). No entanto, os serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas da Grande Florianópolis, por não realizarem avaliações estruturadas, devem encontrar dificuldades para otimizar ou rever seus gastos, pessoal, processos, métodos e concepções, bem como para

oferecer à população análises mais qualitativas sobre os serviços, além dos já tradicionais critérios como: número de consultas, número de altas, diagnósticos realizados, medicamentos prescritos, infra-estrutura do serviço, etc.

A institucionalização de processos de avaliação dos serviços é imprescindível, de forma que possamos viabilizar o necessário controle social nessa área da saúde, fundamento para a garantia dos direitos de consumidores e cidadãos e a seguir, a definição de uma política pública na área e no planejamento coordenado de serviços em nossa região.

CONCLUSÕES

A prevalência de serviços de caráter privado e filantrópicos, em detrimento dos serviços públicos na área de dependência de substâncias psicoativas, é um aspecto central para ser pensado na formulação de políticas públicas de saúde para nossa região, em especial na área das drogas.

Nessa mesma direção, verificou-se que o investimento do financiamento público no setor não é pequeno, implicando em verbas de convênios e subvenção social com o setor privado e filantrópico, além da manutenção dos serviços públicos; por outro lado, os dados nos mostram a quase inexistência de processos de avaliação nos próprios serviços, que não podem assim verificar a eficácia e eficiência dos tratamentos propostos, nem também cumprir seus compromisso com os direitos do consumidor. Dessa forma, impõe-se a necessidade tanto do governo, quanto da sociedade civil, através dos conselhos e outros órgãos, buscarem normatizar procedimentos padrões de avaliação de serviços, para com isso poder realizar o necessário controle social sobre o sistema de saúde, visando um procedimento mais ético e transparente para com os cidadãos de maneira geral, e para com os pacientes dos serviços, de maneira especial.

A importância da avaliação em políticas públicas é cada vez mais frisada por diferentes especialistas, inclusive por governos, como podemos notar no relatório do IPEA (2004), representando o governo brasileiro em Encontro Latino-americano sobre *Avaliação de Programas Públicos*, que afirma que a “*importância de repensar e fortalecer a atividade da avaliação fica clara no entendimento de ser essa função distinta das atividades de controle e acompanhamento da execução de projetos setoriais, enfocados isoladamente. Mas, sobretudo, por se constituir no objetivo do acompanhamento dos resultados e dos processos de sua consecução, observando de forma continuada a efetividade das estratégias e políticas públicas – de seus programas, projetos e sistemas – dando oportunidade à revisão tempestiva dos procedimentos de decisão, gestão e aplicação de recursos*”.

Essa caracterização está sendo realizada do ponto de vista dos responsáveis técnicos pelos serviços, conforme seu objetivo, no entanto, salta aos olhos que, pelo menos, no bojo das repostas a essa pesquisa, tais membros das equipes técnicas não realizem nenhuma crítica ao seu programa ou modelo terapêutico utilizado, ao atribuir todos os problemas e dificuldades surgidos no tratamento ao paciente e sua família, ou ainda, ao sistema social hodierno, e portanto, sem qualquer reflexão sobre o trabalho desenvolvido pelos próprios serviços.

Constatou-se, assim, que os serviços de atenção à dependência de álcool e outras drogas na Grande Florianópolis carecem de um planejamento coordenado, pois não formam um sistema integrado, mas um elenco de serviços independentes. Estão em desacordo, portanto, com um dos princípios da Lei Orgânica de Saúde - o da integralidade de assistência - *“entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema”* (Ministério da Saúde, 1990). Os encaminhamentos aos serviços são feitos de maneira individualizada ou, quando ocorre inter-relação entre os serviços essa é pautada no conhecimento empírico e no histórico de trocas de encaminhamentos e de relações entre os profissionais. O ideal é a possibilidade de encaminhamento para locais que disponibilizem os recursos necessários a cada caso específico, mas para isso se faz necessário uma integração entre os vários serviços existentes. Por isso mesmo, a importância do Município, através do Conselho Municipal de Entorpecentes, verificar a possibilidade de organizar um centro de triagem e encaminhamento de pacientes aos serviços específicos.

Ao final, é importante destacar que alguns objetivos parciais previstos no início da pesquisa não foram possíveis de ser alcançados, principalmente os relacionados às estatísticas de uso e abuso de droga em Florianópolis.

Quanto à pesquisa propriamente dita, podemos verificar terem sido atingidos a maioria dos objetivos. Foram identificados e mapeados os serviços de atenção à dependência química (objetivo 1), realizada a descrição dos seus aspectos institucionais (objetivo 3), bem como a descrição do modelo teórico de compreensão da dependência e do modelo metodológico e processos de intervenção, identificando as tendências teórico-metodológicas que dão sustentação aos serviços (objetivos 5, 6 e 7). Atingimos, por fim, o objetivo geral, que era o de realizar a caracterização dos serviços de atenção à dependência química da Região da Grande Florianópolis.

Como já previsto, a caracterização das tendências teórico-metodológicas dos serviços será realizada com maior profundidade em uma próxima pesquisa.

ASPECTOS NEGATIVOS E POSITIVOS QUE INTERFERIRAM NA EXECUÇÃO DO PROJETO E SEUS RESULTADOS

Negativos –

- Os erros de endereçamento e de contatos contidos nas listagens de serviços que conseguimos obter fizeram com que houvesse um atraso no mapeamento inicial dos serviços;
- Tivemos muitas dificuldades de agendar entrevista com os responsáveis técnicos dos serviços, o que também acarretou atrasos significativo na execução do projeto;
- A análise dos dados foi lenta, pois tínhamos um conjunto imenso de variáveis para serem analisadas (mais de 200), apesar do nosso número de casos (n) não ser muito grande.
- Tivemos problemas com o computador (que teve de ser reformatado), atrasando a digitação e análise dos dados.

Positivos –

Contamos com a colaboração de muitas pessoas e instituições que foram de fundamental ajuda na execução das tarefas:

- inicialmente, as próprias estudantes que foram auxiliares de pesquisa e que a ela se dedicaram com muito afinco, sem nem mesmo receber bolsa;
- professores, pesquisadores e profissionais já citados anteriormente foram de grande valia com seu suporte técnico-metodológico;

Foi importante, em função da pesquisa, ter entrado em contato com os grupos e profissionais que trabalham com a temática das drogas dentro da UFSC, possibilitando trocas teóricas e aproximações para trabalhos conjuntos no futuro.

A pesquisa também nos levou a Congressos da área e oportunizou contatos acadêmicos, profissionais e institucionais excelentes, como com a SENAD (Secretaria Nacional Antidrogas) e a ABEAD (Associação Brasileira de Estudos de Álcool e Drogas).

Formação de recursos humanos:

| Modalidade | Iniciação Científica | Aperfeiçoamento | Mestrado | Doutorado | Total |
|------------|----------------------|-----------------|----------|-----------|-------|
| Número | | 4 | | | 4 |

Trabalhos publicados e/ou aceitos para publicação no período, relacionados com o projeto:

SCHNEIDER, Daniela R.(coordenadora); SPOHR, Bianca; ACCORSI, Michaela; LEITÃO, Carolina; SCATAMBURLO, Natália. *Avaliação crítica dos serviços de atenção à dependência química da Região da Grande Florianópolis* -. Projeto de Pesquisa-Funpesquisa. Anais da 3ª SEPEX. Florianópolis: UFSC, 2003. (página 376).

SCHNEIDER, Daniela R.(coordenadora); SPOHR, Bianca; ACCORSI, Michaela; LEITÃO, Carolina; SCATAMBURLO, Natália. *Avaliação crítica dos serviços de atenção à dependência química da Região da Grande Florianópolis*. Anais do XII Encontro Nacional da ABRAPSO. Porto Alegre, 2003. Forma digital (em cd rom).

BIBLIOGRAFIA

- Almeida & Escorel, 2001. Da avaliação em saúde à avaliação em saúde mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p. 35-47, maio/ago. 2001.
- Amor-Exigente. www.amorexigente.cjb.net. Acessado em 28/02/2004.
- ANVISA & SENAD. Exigências Mínimas para o funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtorno decorrentes do uso e abuso de substâncias psicoativas. Brasília, 2002.
- Antón, D. *Drogas: conhecer e educar para prevenir*. São Paulo, Scipione, 2000.
- Associação Americana de Psiquiatria. *DSMIV-R*. Porto Alegre: Artes médicas, 2002.
- Basaglia, Franco. *A instituição negada*. Graal, Rio de Janeiro. 1985.
- Bertolino, P. Subsídios científicos. Leis Científicas. Sistemas de Racionalidades. In: www.nuca.org.br. Acessado no dia 25/05/2004.
- Bucher, R. *Drogas e Drogadição no Brasil*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- Carlini E.; Cotrim, B. Nappo, S. *Catálogo de Centros Brasileiros para tratamento/prevenção de dependência de drogas*. (Anexo questionário aplicado para catalogação). São Paulo, CEBRID, 1991.
- Carlini, E. et al. *I levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país: 2001*. São Paulo: CEBRID/UNIFESP, 2002.
- Centro de Informações Toxicológicas. *Dados de Atendimento do Centro de Informações Toxicológicas de Santa Catarina*. Fpolis: Secretaria de Estado da Saúde, 2003.
- De Leon, G. *Comunidades Terapêuticas: teoria, modelo e método*. São Paulo: Loyola, 2003.
- Ferreira, Aurélio B. *Dicionário Aurélio Eletrônico*. São Paulo: MGB Informática: 2001
- Fidelis. In: Scliar, M. *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau Editora, 2003
- Fidelis, P. & Escorel, S. Da avaliação em saúde à avaliação em Saúde Mental: gênese, aproximações teóricas e questões atuais. In: *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 35-47, maio/ago. 2001.
- Formigoni, M. L. Organização e Avaliação de Serviços de Tratamento de Usuários de Drogas. In: *Homogeneização de conhecimentos para conselheiros municipais antidrogas*. SENAD/UFSC. S/D.
- Gil, Antônio C. *Métodos e Técnicas de pesquisa social*. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.
- IPEA. *Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil*. Brasília: 2000. Obtido no site: www.ipea.gov.br, em 22/03/04.
- IPEA. Relatório Técnico: *A Avaliação de Programas Públicos: Reflexões sobre a Experiência Brasileira*. Obtido no site: www.ipea.gov.br, em 22/03/04.
- Gandra, Y. 1986. Avaliação de Serviços de Nutrição e Alimentação. São Paulo: Sarvier.
- Gil, Antônio C. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. São Paulo: Atlas, 1999.
- Graham, K et al. *The Evaluation Casebook: using evaluation techniques to enhance program quality in addictions*. Toronto: Addiction Research Foundation, 1994.
- Inaba, D. & Cohen, W. *Drogas uma visão contemporânea*. Rio de Janeiro: Imago, 1993.
- Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil (JUNAAB). *Os doze passos e as doze tradições*. São Paulo: 2002.
- Knapp, P. et al. *Prevenção e Recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso de álcool e de outras drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994.
- Marlatt, G. & Gordon, J. *Prevenção de Recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- Marques, A. CPR; Formigoni, M. LOS. Comparison of individual and group cognitive-behavioral therapy for alcohol and/or drug dependent patients. *Addiction*, 96, 835-846. 2001.
- Masur, Jandira. *O que é toxicomania*. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1986.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Ajude-Brasil: avaliação dos usuários de drogas injetáveis dos projetos de redução de danos apoiados pela CN-DST/AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- Ministério da Saúde. Coordenação Nacional DST e Aids. *A contribuição dos Estudos Multicêntricos frente à epidemia de HIV/Aids entre UDI no Brasil: 10 anos de pesquisa e redução de danos*. Brasília: MS, 2001B.
- Ministério da Saúde. *Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas*. Brasília: 2001A.

- Ministério da Saúde. *Lei Orgânica da Saúde (lei 8080 de 19/09/1990)*. Brasília: 1990.
- Oliveira, Luiz Carlos de. *Porque voltei às drogas?* Bauru: EDUSC, 1997.
- Paula, Wilson K. de. *Drogas e Dependência Química – noções elementares*. Florianópolis: Papa-Livro, 2001.
- Ribeiro, Maurides & Seibel, Sérgio. *Drogas: hegemonia do cinismo*. São Paulo: Memorial, 1997.
- Richard, Denis. *Drogues et Dépendences*. Paris: Flammarion, 2001.
- Rocha, Luiz Carlos. *As Drogas*. 3ª ed. São Paulo: Ática, 1993.
- Rosa, Marisa T. Ambiente Familiar, Solidão, Falta de Perspectivas de Futuro e a Dependência de Drogas em Adultos. Dissertação de Mestrado. Porto Alegre: PUC/RS, 1996.
- Rotelli, Franco. A instituição negada. In: desinstitucionalização (Nicácio, F., org.). São Paulo: Hucitec, 1990.
- Rush, B. Evaluation of substance abuse treatment services. In: Barnes et al. *The addiction Prone-Personality*. Toronto: Health Systems Research and Consulting Unit Centre for Addiction and Mental, S/D.
- Szasz, Thomas. A fabricação da loucura. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1984.
- Secretaria Nacional AntiDrogas (SENAD). *Relatório do 1º Fórum Nacional Antidrogas*. Brasília: 1999.
- Secretaria Nacional AntiDrogas (SENAD). *Homogeneização de Conhecimentos para Conselheiros Municipais Antidrogas: compartilhando procedimentos e práticas comuns*. Brasília: s/d.
- Secretaria Nacional AntiDrogas (SENAD). *Formação de Multiplicadores de Informações Preventivas sobre Drogas*. Brasília: 2002.
- Secretaria Nacional AntiDrogas (SENAD). *Atualização de Conhecimentos sobre Redução da Demanda de Drogas*. Brasília, 2004.
- Silva, Jorge Luiz B. da. (Presidente do COMEN/Fpolis). *Entrevista concedida em 29/07/2002*. Realizada por Daniela R. Schneider e Éder B. Leone.
- Silva, Cláudio J. *Cursos Nacionais do XV Congresso da ABEAD: temas fundamentais em tratamento*. Apostila. São Paulo: ABEAD, 2003.
- Tanaka, O. *Avaliação de Serviços de Saúde*. São Paulo: FSP/USP, 1994. mimeo.
- Xavier da Silveira, D. & Gorgulho, M. *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996.
- WHO. *Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas*. Relatório adquirido no site www.who.int em 05/04/2004. In: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data.
- Wright, M. et al. *A Contribuição da Profissão de Enfermagem na Implementação do Plano Nacional Anti-Drogas no Brasil: uma proposta em construção*. Washington, 2002. (mimeo),

Data: 30/06/04

Profª Drª Daniela Ribeiro Schneider

Lista de Gráficos utilizados na Descrição de Resultados

- ⁱ Gráfico 1 – Distribuição de frequência da função dos respondentes da pesquisa nos serviços que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ⁱⁱ Gráfico 2 - Distribuição de frequência dos tipos de instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ⁱⁱⁱ Gráfico 3– Cruzamento de dados de frequência entre tipo e caráter das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{iv} Gráfico 4: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e formas de atendimento das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^v Gráfico 5: Cruzamentos dos dados de frequência entre tipos de serviços e fontes de financiamento das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{vi} Gráfico 6- Cruzamento de frequência entre o tipo de serviços e a composição da equipe técnica das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{vii} Gráfico 7: Cruzamento de dados de frequência entre tipos e sexo da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{viii} Gráfico 8: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e faixa etária da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{ix} Gráfico 9: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e nível sócio-econômico da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^x Gráfico 10 - Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e perfil sócio-profissional da clientela das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{xi} Gráfico 11– Cruzamento de frequências entre tipos de serviços e acompanhamento pós-alta pelas instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{xii} Gráfico 12 - Cruzamento de frequências entre tipos de serviços e índice de desistência do tratamento referidos pelas instituições que responderam a pesquisa
- ^{xiii} Gráfico 13– Cruzamento de frequências entre tipos de serviços e índice de evasão do tratamento referidos pelas instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.
- ^{xiv} Gráfico 14: Cruzamento dos dados de frequência entre tipos de serviços e programas de tratamento das instituições que atendem dependentes de álcool e outras drogas na Região da Grande Florianópolis que responderam a pesquisa.