**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA
E CIÊNCIAS HUMANAS**

*Percebendo a experiência dos coordenadores
na implantação de serviços abertos em álcool
e outras drogas.*

Paulo Sergio Ferreira

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado. Inserida na Linha de Pesquisa “Uso e Abuso de Álcool e Drogas”.

**Ribeirão Preto – SP
2004**

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA
E CIÊNCIAS HUMANAS**

*Percebendo a experiência dos coordenadores
na implantação de serviços abertos em álcool
e outras drogas*

Paulo Sergio Ferreira

Dissertação apresentada ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, Nível Mestrado. Inserida na Linha de Pesquisa “Uso e abuso de Álcool e Drogas”.

Orientador: Prof^a Dr^a Margarita
Antonia Villar Luis

**Ribeirão Preto – SP
2004**

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferreira, Paulo Sergio

Percebendo a experiência dos coordenadores na implantação de serviços abertos em Álcool e outras Drogas. Ribeirão Preto-SP/Paulo Sergio Ferreira.- Ribeirão Preto, 2004.

130 p. : il. ; 30cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientadora: Luis, Margarita Antonia Villar

1. Enfermagem Psiquiátrica. 2. Álcool Drogas. 3. Saúde Mental

DATA DA DEFESA: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof^ª Dr^a Margarita Antonia Villar Luis

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof^ª Dr^a Sandra Cristina Pillon

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof^º Dr^º David Roberto do Carmo

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof^ª Dr^a Sonia Maria Villela Bueno

Julgamento _____ Assinatura _____

Prof^º Dr^º Manoel Antonio dos Santos

Julgamento _____ Assinatura _____

DEDICATÓRIA

A DEUS

DEUS é o nosso refugio e fortaleza, socorro bem presente nas tribulações.

A minha Família

Aos meus pais Sergio Honório e Maria Antonia, que sempre fizeram o possível e o impossível para favorecer-me enquanto ser humano que busca o conhecimento, expressão maior do meu amor.

Aos meus irmãos Lucia (in memoriam), Ana, Ademilson, Carlos, Aparecida, Marta, cunhados (as) e meus queridos sobrinhos, que sempre torceram por mim. Sem vocês, eu não teria chegado aqui.

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Prof^a Dr^a Margarita Antonia Villar Luis, pela amizade, competência, e por suas valiosas contribuições intelectuais e seu conhecimento científico e ético. Meu eterno agradecimento e admiração.

A Prof^a Dr^a Sandra Cristina Pillon, Prof Dr^o David Roberto do Carmo pela disponibilidade como componentes da banca examinadora, e pelo constante apoio nos momentos difíceis.

Aos amigos Carlos Faleiros (eterna saudade) e Prof^a Dr^a Fátima Emm Faleiros Souza por terem me ensinado a ser persistente no trabalho e nunca desviar da meta traçada, para alcançar o objetivo desejado, anjos bons em minha vida.

Ao Pastor Djalma e Yolanda, incentivadores amigos, conselheiros, os adjetivos são mínimos diante do significado que posso atribuir. "Amigo se faz em tempos de paz, Mas na angustia é que se prova o seu amor" Ludmila Ferber.

As amigas Adriana, Renata e Daniela, por acreditar no meu trabalho, e pelas constantes demonstrações de carinho.

Aos amigos João Marques, Jonh Dunn, Adalberto Rosa e Maria Célia Kato, pelos momentos agradáveis pelo apoio incondicional que me ofereceram neste estudo.

Aos amigos Prof^o Dr^o José Sebastião dos Santos, Prof^a Dr^a Clarice Ferraz, Dr^o Sandro Scarpelini, Edna, Silvia, João Meline, Raquel, Joris, Cida, Ângela Roberto, Marilena, Conceição, Rosangela, Adelmir e todos os amigos da Unidade de Emergência pelo incentivo e carinho.

As enfermeiras Maria José Rossato Stoppa e Janice Del Lama Miquelim pela oportunidade que me foram dadas para o meu crescimento pessoal e profissional.

A amiga Elaine Aparecida Pastorelli, amiga e companheira de horas que pareciam eternas, que me deu condições e falou que podia e conseguiria.

Aos profissionais da UNIAD, PAUSA e NAPS-F pela participação na construção deste trabalho.

As amigas Edilene, Josi, Adriana, Osmarina, Renata, Sueli e docentes do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, pela colaboração indispensável para que o mesmo se concretizasse.

Gostaria de agradecer as amigas Miyeko, Cândida, Edilaine, Silvia, Sueli Galera, Helena, Zeyne, Luciana pela força e companheirismo ao longo de todo o tempo.

Gostaria de agradecer as amigas Maria Luiza Faria, Ana Rita, Claudinéia André, pelo apoio incondicional e por acreditar em meu potencial.

À amiga Shirlene Palvequeires e Arlete Marçal pelo acolhimento, carinho incentivo e cooperação valiosa.

Agradeço aos amigos Romes Ceza da Silva, Paulo Guiseline pela amizade, esteve presente numa parceria que deu certo.

À Maria Bernadete pela atenção dispensada à correção das referências deste trabalho.

Às amigas Maristela, Gláucia e todos os voluntários da Casa de Apoio Missão HIVIDA.

Às amigas Deolinda e Lourdes da Sala de Leitura da EERP-USP pela colaboração.

RESUMO

FERREIRA, P.S. Percebendo a experiência dos coordenadores na implantação de serviços abertos em álcool e outras drogas..2004. 130 p. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

O trabalho tem como objetivo descrever a implantação dos serviços de álcool e drogas e analisando a experiência vivida no processo de implantação, por seus coordenadores. Realizamos uma investigação com os coordenadores dos serviços utilizando um questionário semi-estruturado adaptado para descrever a necessidade da implantação. O instrumento contava com 7 questões abertas e foi utilizado a entrevista gravada como recurso e permitido uma abordagem qualitativa fundamentada no estudo de caso. A pesquisa foi realizada entre Setembro de 2002 e janeiro de 2003 envolvendo os profissionais de nível superior que exerciam a função de coordenadores. Verifica-se pelos resultados obtidos que a demanda reprimida e a insatisfação dos usuários de álcool e seus familiares sendo tratados em outros serviços de saúde mental gerava insegurança nestes profissionais que não eram preparados para este tipo de atendimento pressionando os governantes a criarem os serviços especializados. Esses serviços foram criados com a proposta de tratar o sujeito dentro do contexto ambulatorial sem excluir o usuário de seu meio social. Quanto ao modelo a ser implantado foi o médico com a inserção de novos modelos como o psicológico social e cultural, e priorizando uma equipe multidisciplinar respeitando as suas especificidades. Finalmente o conhecimento produzido mostramos que os serviços abertos em drogas e álcool têm se constituído um avanço neste tipo de tratamento, mas precisa ainda capacitar um maior número de profissionais para trabalhar nesta área e buscar novas alternativas de tratamento em seus vários modelos para indicar ações preventivas e terapêuticas para intermediar essa condição cada vez mais aflitivas que é a demanda de usuários em busca de soluções para a dependência.

Palavra-Chave: implantação, tratamento, álcool drogas

FERREIRA, P.S. Noticing the experience of coordinators in implantation of open services to deal with the use alcohol and other drugs_2004 p130. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

The study has as objective to describe the implantation of services to deal with alcohol and drugs and to analyze the experience lived by the coordinators in the process implantation. We accomplished an investigation with the coordinators of the services using a semi-structured questionnaire adapted to describe the need of the implantation. The instrument counted with eight open subjects and it was used a recorded interview as resource and it was allowed a qualitative approach based on the study of case. The research was accomplished between September of 2002 and January of 2003 involving the professionals of superior level who had the coordinator position. It was verified by the obtained results, that the repressed demand and the alcohol users' dissatisfaction and their relatives being treated in other services of mental health, generated insecurity in those professionals who were not prepared for this kind of attendance pressing, this way, the government to create the specialized services.

Those services were created with the proposal of treating the subject inside the ambulatory context, without excluding the user from his social environment. As for the model to be implanted it was the medical one, with an insertion of new models such as the psychological social and cultural, and giving priority to a team multidisciplinary team respecting their specificities. Finally the produced knowledge showed us that the services opened to treat drugs and alcohol dependents have been showing a progress in this kind of treatment, but these services still need to qualify a larger number of professionals to work in this area and to look for new treatment alternatives in its several models to indicate preventive and therapeutic actions to intermediate that condition more and more distressing that is the users' demand in search of solutions for the dependence.

Key words: implantation, tretment, alcohol and drugs.

FERREIRA, P.S. Percibiendo la experiencia de los coordinador en la implantación de Tratamiento en servicios abiertos en el uso de Alcohol e Otras Drogas.2004. p130. Dissertação de Mestrado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

El trabajo tiene como objetivo describir la implantación de los servicios de alcohol y drogas y analizar la experiencia vivida en el proceso de implantación de sus coordinadores. Nosotros logramos una investigación con los coordinadores de los servicios que usan una encuesta seme-estructurada adaptada para describir la necesidad de la implantación. El instrumento estaba con ocho cuestiones abiertas y se usó la entrevista grabada como recurso y se permitió un abordajes cualitativo basado en el estudio del caso. La investigación fue realizada entre septiembre de 2002 y enero de 2003 involucra a los profesionales de nivel superior que ejercían la función de los coordinadores. Fue verificado por los resultados obtenidos que la demanda reprimida y la insatisfacción de los usuarios de alcohol y sus familiares, siendo tratado sen otros servicios de salud mental, generaba inseguridad en estos profesionales los cuales no eran preparados para este tipo de atendimento, esta situación presionaba a los gobernantes a desarrollar servicios especializados. Esos servicios han sido criados con la propuesta de tratar al sujeto dentro del contexto ambulatorial sin excluirlo de su médio social. Con relación al modelo ser implantado, fue escogido el médico, el cual incluye la inserción nuevos modelos como el psicológico, social y cultural, prior izando un equipo multidisciplinar que respete sus especificidades. Finalmente el conocimiento producido nos muestran que los servicios abiertos en drogas e alcohol se han mostrado avanzados en este tipo de tratamiento, pero aún necesita capacitar un número más grande de profesionales para trabajar en este área e buscar nuevas alternativas del tratamiento en sus varios modelos, así se podrá indicar acciones preventivas y terapéuticas para intermediar en esa condición cada vez más complicadas que es la demanda de usuarios en busca de soluciones para la dependencia.

Palabras-clave = implementación, tratamiento, alcohol y drogas.

SUMÁRIO

Resumo/Summary/Abstract

1 INTRODUÇÃO.....	1
1.1 Buscando o objetivo.....	2
1.2 Situando o problema álcool e drogas.....	7
1.3 O Discurso.....	13
1.4 A política de saúde no âmbito das drogas.....	17
1.5 Abordagens no tratamento de dependentes.....	25
2.OBJETIVOS.....	41
3. PERCURSO METODOLÓGICO.....	43
4. CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS.....	55
5.ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	78
6.. DISCUSSÃO.....	103
7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	112
8-ANEXOS.....	117
9-REFERÊNCIAS.....	120

ABREVIATURAS

CAPS- Centro de Atenção Psicossocial

CAPS-AD Centro de Atenção Psicossocial-Álcool e Drogas

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

DST/AIDS Doenças Sexualmente Transmissíveis/AIDS

FAMEMA...Faculdade Medicina Marília

NAPS Núcleo de Atenção Psicossocial

NAPS-F Núcleo de Atenção Psicossocial- Farmacodependentes

PROAD Programade Orientação e Assistência a Dependentes

PROCURA Programa Cuidados aos Usuários de Álcool

PAUSA Programa de Atenção aos Usuários de Álcool

S. A. A Síndrome Abstinência Álcool

S. D A Síndrome Dependência Álcool

S U S Sistema Único Saúde

UCAD Unidade Comunitária em Álcool e Drogas

UNIAD Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas

UNIFESP- Universidade Federal de São Paulo

1 INTRODUÇÃO

1.1 Buscando o Objetivo

A motivação para o desenvolvimento de estudos com usuários de substâncias psicoativas surgiu ainda no curso de graduação, no desempenho do trabalho assistencial extra - hospitalares, desenvolvendo atividades na comunidade. Tenho dedicado parte da minha vida ao trabalho voluntário em uma casa de apoio, a pacientes portadores do vírus HIV, residentes nesse local por não possuírem nenhum vínculos familiares ou porque tais vínculos não são de apoio. No contato diário, com essa clientela, fui percebendo que na maioria das vezes a dependência de drogas contribuía para a exposição do indivíduo, acarretando também a desestruturação dos vínculos com outras pessoas, familiares, amigos e vizinhos.

No decorrer deste trabalho, foi aumentando o interesse em relação a como estruturar o processo de ajuda a esses pacientes, pois ele parecia fundamentar - se apenas no senso comum, impregnado de julgamentos de valor, concebendo a farmacodependência como uma tara social, uma questão de falha no caráter, recaindo no sujeito a responsabilidade pela mudança dos comportamentos e a dificuldade em realizar tal mudança era considerada uma falta de vontade, uma ausência de empenho da parte do indivíduo no processo de reabilitação.

Ao cursar a disciplina de enfermagem psiquiátrica no terceiro ano da graduação, realizei estágio em um manicômio da cidade. O pavilhão em que se realizavam as atividades práticas, era uma unidade que recebia internações de pacientes psicóticos e dependentes de drogas. A convivência com essa população reforçou minha motivação para desenvolver um trabalho melhor naquele serviço. Porém enquanto aluno inexperiente ainda, senti que pouco podia contribuir nesse sentido.

Em 1994, ao terminar a graduação em enfermagem fui contratado como Enfermeiro em um Hospital Psiquiátrico da cidade e destacado para trabalhar com moradores psicóticos. Passado um ano e meio do início do meu trabalho nesse local, foi implantado o departamento de atendimento a usuários de álcool e drogas, Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes (NAPS-F). Nessa ocasião, surgiu a oportunidade para adquirir maior conhecimento em dependência química, pois foi oferecido um curso de atualização para à equipe que trabalharia com usuários de substâncias psicoativas.

O NAPS-F desenvolvia atividades de assistência aos usuários de álcool e drogas, com base nos conhecimentos adquiridos no curso de graduação e na formação obtida no curso de dependência química (com carga horária de 40 horas), oferecido pelo Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD). Durante o período de

organização do serviço no hospital, com parceria da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Apesar da formação em farmacodependência e da vivência no dia a dia com os usuários, sentia dificuldade no desempenho das funções enquanto enfermeiro e membro integrante de uma equipe multidisciplinar. Desta vivência começaram a emergir alguns questionamentos, tais como: Quais seriam as funções do enfermeiro que atua no NAPS-F? Qual o papel do enfermeiro na atividade de terapia de grupo? Quais outros tratamentos são oferecidos aos pacientes que não aderem ao tratamento? Essas indagações causavam incômodos, pois era difícil entender que o papel do enfermeiro não estava restrito apenas às funções burocráticas e organização do serviço de enfermagem.

Diante dessas indagações em 1999, busquei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP o curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica, onde tive a oportunidade de rever as funções do enfermeiro e discutir com outros colegas a prática desse profissional dentro da equipe multidisciplinar, assistindo o usuário de álcool e drogas. A partir da aquisição de maiores conhecimentos na área descrita, o papel do enfermeiro na equipe multidisciplinar tornou-se mais evidente, com isso, os meus interesses centraram-se no trabalho de reabilitação dos

usuários de drogas. O curso também possibilitou a superação de algumas barreiras, favorecendo um maior comprometimento com a clientela.

Neste contexto constatei a importância de investigar sobre os fatores que levam o paciente a aderir ao tratamento, e também o quanto é significativo que os profissionais de saúde acompanhem seus pacientes de forma integral, deixando de fragmentar os cuidados, sem esquecer o entrelaçar das ações específicas.

Houve a oportunidade de desenvolver meu potencial ainda mais quando ingressei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo para fazer parte de um grupo de trabalho interessado no estudo e investigação do tema álcool e drogas e também de extensão voltadas para a prevenção do uso de drogas e para o apoio e reabilitação principalmente do usuário de álcool. Desde então tenho participado da organização de um serviço para usuários de álcool e drogas (PROCURA), no Campus de Ribeirão Preto - USP. Como parte dessa atividade incluem-se reuniões breves (1 a 2 horas), com funcionários dos setores administrativos do Campus, para esclarecimentos e orientações sobre saúde em geral e discussões sobre os problemas decorrentes do uso de substâncias psicoativas. Faz parte desse projeto, a reunião semanal com um grupo de alunos de várias unidades do Campus (bolsistas do projeto e voluntários), onde o tema álcool e

drogas é discutido, esse grupo também participa das reuniões com os funcionários do Campus, responsabilizando-se pela apresentação dos conteúdos relativos às substâncias psicoativas (no momento, o tema álcool e na sequência o tabaco). Enquanto enfermeiro do projeto tenho participado dessas atividades de extensão.

Dando continuidade ao processo de aprimoramento individual, busquei aprofundar o conhecimento na atividade de pesquisa na perspectiva de responder alguns dos questionamentos feitos anteriormente e assim proporcionar ao dependente um atendimento diferenciado.

Estar vinculado como aluno, ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem Psiquiátrica, possibilitou refletir sobre o atendimento aos dependentes de álcool e drogas. As preocupações desde o início do exercício da profissão surgiram com mais força. A retrospectiva do processo de criação de um serviço de atendimento ao dependente, do qual fizera parte, motivou-me a conhecer e investigar a trajetória que culminou na instalação de alguns serviços especializados no tratamento dos usuários ou dependentes de substâncias psicoativas no Estado de São Paulo, descrevendo as etapas que se sucederam até o seu funcionamento atual, através do relato de participantes ativos desse processo.

1.2 Situando o problema álcool e drogas

Desde os primórdios da humanidade todas as culturas utilizavam algum tipo de substância psicoativa, sejam em situações festivas ou de lazer, seja nas cerimônias e até mesmo, em atividades vinculadas ao trabalho. Elas atuam no cérebro modificando seu funcionamento e alterando o comportamento do sujeito. Na atualidade o álcool parece ser a substância psicoativa mais utilizada em nossa sociedade, pôr ser aceito culturalmente, ter baixo custo e fácil acesso, com vários modos de apresentação (Ferreira e cols,1995)

Segundo Masur (1978), o álcool teve início em aproximadamente 6.000 anos AC, porém o termo alcoolismo apareceu pela primeira vez em 1849, escrito por Magnus Huss, ao descrever os sinais e sintomas físicos, psíquicos e químicos, surgidos com excessiva ingestão de bebidas alcoólicas (Bertolote 1997).

Nos primórdios da humanidade as bebidas tinham um baixo teor alcoólico, pois dependiam apenas da fermentação natural. A partir da idade média, foi introduzido na Europa pelos árabes o processo de destilação, porém sua fabricação era bastante reduzida. Na revolução industrial houve um aumento considerável na fabricação, tornando a bebida alcoólica acessível, a um número maior de pessoas

consumidoras. Isso favoreceu o aparecimento de problemas determinados pelo uso do álcool sem moderação (Laranjeira e Pinsky, 1998).

No Brasil o álcool é responsável por mais de 90% das internações hospitalares por dependência, além de aparecer em cerca de 70% dos laudos cadavéricos das mortes violentas (Galduroz et al.1997). Esses números mostram a facilidade na aquisição e uso de bebidas alcoólicas pela população em geral. O alcoolismo não se estabelece rapidamente e o usuário pode levar anos para tornar - se um alcoolista, esse processo foi denominado de interface entre o bebedor sem problemas e com o bebedor problema, a dependência consiste num relacionamento alterado entre a pessoa e o beber (Masur,1990; Edwards,1999).

A Síndrome de dependência compreende um conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolve após o consumo repetitivo de uma substância psicoativa e um forte desejo de ingerir a droga, dificultando o controle do consumo. Há um desejo persistente do consumo das drogas, apesar das suas conseqüências nefastas, dando uma maior prioridade as drogas em detrimento de outras atividades e obrigações, aumentando assim a tolerância a droga, levando a um estado de abstinência física. CID-10, 1995,pg 74).

Em relação às drogas consumidas no Brasil, o álcool é a substância psicoativa mais utilizada. Estima-se que o alcoolismo em seu uso crônico atinja cerca de 3 a 10% da população brasileira, e que seu uso experimental chegue a 84% da população. O uso e abuso de álcool, causa sérios e graves problemas e tem um alto custo social. Segundo o Brasil (2002), o alcoolismo é uma das principais causas de incapacidade, estando entre as quatro primeiras colocadas, considerando sua prevalência. Trata-se de uma questão preocupante, quando observa-se que cada vez mais pessoas mais jovens fazem uso de bebidas alcoólicas.

De acordo com o levantamento familiar feito em 1999, sobre o uso de drogas nas 24 maiores cidades do Estado de São Paulo, revelou que o álcool como a droga de maior prevalência com 53,2%, seguido do tabaco com 39%, e no que se refere as estimativas de dependência do álcool, o estudo mostrou uma porcentagem ao redor de 6%, valores esses, próximo a realidade encontrada em outros países (Galduroz et al., 2000).

No Estado de São Paulo, os estudos de prevalência de abuso de álcool e alcoolismo na população, tem mostrado a ocorrência de maior consumo de álcool na população masculina, com cerca de 12 a 15% de diagnóstico de abuso em comparação com a população feminina,

cuja a prevalência nessa categoria situa-se em torno de 3 a 5% com tendência ao aumento (Laranjeira, 1996).

Em Ribeirão Preto, um estudo focalizando a questão do consumo de álcool entre a população de um hospital universitário no período de 1988-1993, revelou que dos 13.402 pacientes atendidos no setor de Urgências Psiquiátricas da região, 3.150 apresentavam diagnósticos psiquiátricos relacionados ao álcool (1.767 com Síndrome de Dependência Alcoólica; 886 Psicoses Alcoólicas e 497 Álcool sem dependência) (Luis e col., 1997), parece de grande relevância entender que essas patologias interferem no meio onde eles vivem e principalmente na família. Entende - se família como qualquer grupo de pessoas que se relacionam entre si, seja por meio biológico, emocionais ou legais.

Atualmente, existe a tendência de que o início do uso de álcool aconteça mais precocemente, fato constatado pelo CEBRID - Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas em um levantamento sobre informações do uso indevido de drogas entre estudantes de primeiro e segundo graus em dez capitais brasileiras, realizado em 1997. Esse estudo apontou que o uso de bebidas alcoólicas vem crescendo entre os jovens na faixa etária dos 10 aos 17 anos no

Brasil. Outros autores, questionam se o diagnóstico de dependência pode ser realizado em adolescente (Lawson e Lawson, 1992).

Bukstein (1995) ressalta que as pesquisas sobre o uso de drogas entre os adolescentes estão atrasadas, quando comparadas com adultos. Uma das grandes dificuldades para estes estudos está relacionada em diagnosticar dependência em adolescente. É sempre bom lembrar que o adolescente é um sujeito em desenvolvimento e tem característica própria. Porém existe um grande interesse de fornecedores de drogas a esta clientela, visto que poderão ser consumidores em potencial por um longo período.

Tavares e col (2001) relata que na adolescência freqüentemente ocorre a experimentação de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas e que na maioria das vezes esse uso é experimental sendo possível notar padrões que reflitam comportamentos observados na vida adulta. Isso pode ser indicativo da necessidade de estabelecer medidas preventivas nessa etapa de desenvolvimento.

Segundo Rosa (2001) o alcoolismo tem sido assunto de grande interesse no fim do século XX, constatado através do número de publicações divulgadas, tendo-se tornado um tema de estudo e discussão constituindo um campo amplo para o desenvolvimento de investigações. Talvez o aumento no interesse por essa temática esteja

ligado também à frequência de aparecimento de problemas vinculados ao uso de drogas, considerando que estes são muitos e envolvem múltiplos fatores sociais, econômicos, dentre outros.

Penso que, qualquer sociedade comprometida com o trabalho de recuperação dos usuários de drogas, deva elaborar recursos nas mais diversas áreas, formando uma variedade de serviços para que esse usuário possa ter muitas oportunidades de assistência, e com facilidade para sua inserção.

As questões do uso de drogas são complexas e vários estudos e tratamentos se fazem necessários para responder a demanda, porém é certo que a assistência ambulatorial vem se constituindo num grande avanço de política de saúde em nível nacional. Portanto nesse estudo, proponho-me a investigar sobre a assistência ambulatorial em três serviços comunitários, aprofundando a discussão sobre a atenção à saúde oferecida aos usuários de drogas pelos serviços dessa natureza.

1.3 O Discurso

A literatura acadêmica sobre as ações e discursos contra as drogas psicotrópicas, produzidas nas sociedades ocidentais contemporâneas, é bastante abundante.

Essa produção concentra-se na explicação das ações empreendidas em dois momentos históricos: no fim do século XIX/início do século XX, até o final deste (décadas de 80 e 90). Segundo CARLINI-COTRIM (1995), esses momentos se dão justamente porque vários países conheceram a intolerância da sociedade civil e do Estado quanto ao uso de substâncias psicoativas, manifestada através da grande profusão de intervenções antidrogas, dentre elas; os movimentos de massa, ações legislativas, políticas públicas, campanhas dos meios de comunicação. Os autores referidos identificam na interpretação duas posturas básicas utilizadas na interpretação desses movimentos: a do enfoque epidemiológico e a do enfoque social. A primeira explica esses momentos como desencadeados por período de alto uso e de tolerância às drogas psicotrópicas, com isso ocorreria uma tendência inevitável ao aumento do número de mortes, acidentes, o que geraria na população um clima social contrário as drogas, decorrente da vivência trágica de

gerações em que o uso de substâncias psicoativas ocorreu de maneira descontrolada.

No enfoque psicossocial, a explicação para esses movimentos, deve ser buscada menos na reação da população em relação estatística de mortes, dependência, acidentes associados às drogas e mais em processos psicossociais aparentemente externos a essa realidade, mas que dão sentido a ela. Parece que de tempos em tempos a sociedade elege bodes expiatórios, em quem deposita as causas de todos seus problemas e infortúnios. Com a eleição de "uma vítima " a sociedade julga estar no caminho de encontrar todas as soluções para os males que a aflige (Silva e Santos, 2001).

O primeiro ciclo da intolerância às drogas no final do Século XIX, surgiu num contexto de mudanças básicas nas sociedades ocidentais, tais como o processo de urbanização e industrialização, o que possibilitou a produção em massa de uma série de mercadorias, inclusive as drogas. E com isso substâncias que eram utilizadas de forma ritualizada, passaram a ser produzidas em grande escala, como no caso do álcool e o tabaco. Por outro lado, com o avanço da química orgânica e da tecnologia, criou-se condições para que novos produtos fossem obtidos, como o caso da morfina, heroína e a cocaína (Room 1985).

O segundo ciclo da intolerância na década de 80 e 90, está ligado à política externa dos países desenvolvidos, exemplo disso são os Estados Unidos exportando uma postura de guerra contra as drogas a países de terceiro mundo. Outros fatores provenientes da sociedade civil também desencadearam estas posturas, o corporativismo de grupos da sociedade da força de trabalho sendo ameaçados por mão estrangeira mais barata competindo com categorias de trabalhadores americanos, deixando assim de respeitar certas culturas destes povos e regulamentar leis que proibissem tal uso. Exemplo desta situação foram os chineses que migraram para os Estados Unidos. Os movimentos contra as drogas portanto, também se originaram de entidades não governamentais, organizadas em torno da causa da América livre das drogas.

Esse discurso alarmista em relação as drogas é mantido por vários estudos produzidos de forma descontextualizada, que estabelecem relações causais não muito consistentes entre os fenômenos observados e mesmo quando as associações não são feitas pelos seus autores, outros tomam os resultados interpretando-os de acordo com sua conveniência ou interesses ideológicos (Silva e Santos 2001).

Assim ao longo da história em relação ao uso de drogas, a sociedade ocidental e os governos, por sua iniciativa ou por imposição

de outros mais poderosos, deram tradicionalmente prioridade a repressão em detrimento das ações preventivas devidamente planejadas. No Brasil, as políticas de saúde voltadas para o uso de drogas são recentes tendo começado a serem desenvolvidas com maior clareza a partir da década de 80 (Bucher 1992).

Outro aspecto que merece reflexão é o grande impacto que têm no Brasil os acontecimentos sociais, que se desenrolaram em países do primeiro mundo, levando a população a aceitar como originários costumes e problemas de outros povos. Há muita influência cultural do hemisfério norte que se espalha para os países localizados abaixo, cientes de que a produção de cocaína está localizada no sul, sendo o Brasil rota de tráfico. É de se supor que o país não ficaria isento da forte influência externa, no que se refere à políticas e encaminhamentos das questões relacionadas ao uso de drogas, particularmente, das ilícitas (Carlini- Cotrim 1993).

1.4 A Política de Saúde no Âmbito das Drogas no Brasil

Bucher (1998) afirma que o Brasil jamais teve uma política de saúde em nível nacional a respeito de drogas, porém no intuito de muda-las, somente em 1988, propõe ações integradas a fim de evitar duplicidade de recursos e esforços, atuando junto ao governo e seus órgãos, bem como às Organizações não Governamentais prestando apoio aos Conselhos Estaduais e Municipais.

Nesta exposição, não se pretende discutir a legislação, apenas citar as recomendações previstas na criação de Centros Regionais de Referência em Prevenção e Tratamento ao uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas. Dentre os requisitos e ações específicas exigidas salientam-se:

- ser idealmente ligados à instituição universitária;
- ter a responsabilidade pela formação pessoal para o trabalho especializado no atendimento-orientação e realização de pesquisa a respeito do tema drogas, em seus diversos aspectos: prevenção, tratamento, epidemiologia e sociologia;
- incluir à avaliação de programas preventivos e processos de tratamento;
- aderir à regionalização como forma de cobrir os grupos populacionais com serviços adequados às suas necessidades.

A assistência ao abuso de drogas, tradicionalmente esteve ligada a assistência psiquiátrica, sendo que esta sempre foi marcada pela violação dos direitos humanos e pela má qualidade prestada ao usuário, sendo centrada no modelo hospitalocêntrico (Schetman 1996, Vargas 1999, Rebello 2002).

Com a declaração de Caracas, em novembro de 1990, vinculou-se a atenção psiquiátrica à atenção primária a saúde, nos moldes dos sistemas de saúde, permitindo a promoção dos modelos alternativos centrados na comunidade e nas suas redes sociais. Nesse momento, a atenção psiquiátrica deixou de priorizar o papel hegemônico e centralizador do hospital psiquiátrico e permitiu ao usuário a permanência em seu meio comunitário. No Brasil o Ministério da Saúde (1992), adotou medidas políticas da reforma psiquiátrica e passou a financiar e normatizar novos serviços de saúde mental, priorizando o tratamento ambulatorial de caráter interdisciplinar.

A Portaria Ministerial (nº224, 29 de Janeiro 1992) estabeleceu as seguintes diretrizes para a assistência em saúde mental: organizações de serviços baseadas nos princípios da universalidade, hierarquização, regionalização e integridade das ações, diversidade e métodos de técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial, garantia da continuidade da atenção nos vários níveis,

multiprofissionalidade na prestação de serviços, ênfase na participação social, desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução, definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da portaria e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

No tocante ao tratamento, somente a partir da década de noventa, nessa portaria, foram normatizadas as diretrizes e normas a serem obedecidas para a implementação de Núcleos/Centros de Atenção Psicosocial (NAPS/CAPS).

Em relação ao funcionamento, os NAPS/CAPS são definidos como unidades de saúde locais/regionais, que contam com uma população adstrita definida pelo nível local. Os NAPS/CAPS devem ainda oferecer atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional. Os NAPS/CAPS poderão constituir-se em porta de entrada da rede de serviços para ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Devem estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental. Nesse sentido atender também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressa de internações hospitalares.

Na rede de saúde mental e numa perspectiva de referência e contra referência, são tidas como unidades fundamentais para a reestruturação da assistência em saúde mental, pela sua flexibilidade de atuação e pelas propostas possíveis para as atividades terapêuticas, sendo em muitos casos a porta de entrada para o sistema de atenção especializada. A assistência aos pacientes no CAPS/NAPS inclui atividades planejadas para contemplarem uma perspectiva de atuação comunitária; atendimento terapêutico individual (medicamentoso, psicoterápica de orientação entre outros); atendimentos em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, entre outras); visitas domiciliares; atividades comunitárias visando trabalhar a integração do paciente na família e comunidade e sua inserção social.

Indicadas para pacientes que apresentem maior comprometimento na situação sócio - familiar, motivacional e de adesão à proposta e ao processo terapêutico, busca –se o tratamento especializado, de forma integrada à outras práticas preventivas e de cuidados, como por exemplo, identificar e encaminhar os casos de comorbidade.

Em relação a recursos humanos, a equipe mínima por turno de 4 horas, para 30 pacientes-dia deve ser composta por 1 médico psiquiatra, 1 enfermeiro, 4 outros profissionais de nível superior e 4

profissionais de nível médio, necessários para o desenvolvimento das atividades.

Percebe-se que em termos de legislação estão previstas todas as diretrizes e condições necessárias a uma assistência ao doente mental e a família que contempla as suas necessidades. Todavia a implementação na prática desse projeto assistencial integrado ainda não foi concretizada, embora alguns estados e municípios apresentem experiências bem sucedidas, indicativa de avanços muita coisa falta para ser feita, especialmente no que diz respeito ao atendimento comunitário (CAPS, oficinas abrigadas, lares abrigados), de apoio ao usuário e o familiar cuidado, bem como na implementação ou desenvolvimento dos conselhos.

No que se refere ao atendimento dos casos de intoxicação/abstinência de álcool e drogas, esses serviços contemplaram em parte as necessidades dos usuários que, por vezes, demandam manejo em ambientes fechados, com previsão de rápida resolutividade. Porém, na rede de saúde mental, parece haver poucas unidades especializadas em dependência química no Brasil.

Somente em fevereiro de 2002, através da Portaria n° 336/GM cria-se normas específicas para o atendimento em serviço ambulatorial de atenção diária para o atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com

população superior a 70.000 habitantes. Nesta portaria do Ministério da Saúde, cria-se um serviço no modelo CAPS / NAPS denominados CAPS - AD, mantendo toda estrutura do modelo anterior já descrita e priorizando algumas particularidades tais como: atendimento a desintoxicação, manutenção de dois a quatro leitos para desintoxicação e repouso e um aumento no atendimento de trinta pacientes pôr dia, para quarenta cinco pacientes pôr dia.

Em relação aos recursos humanos permaneceu a mesma equipe técnica, sendo acrescentado um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas, acrescentando-se também, a necessidade de formação em saúde mental para o enfermeiro, e mais dois profissionais de nível médio, elevando-se o número de participantes da equipe para um total de seis profissionais.

Em abril de 2002, com base em argumentos de que estava havendo o aumento crescente do consumo de álcool e outras drogas entre crianças e adolescente no país e associado aos problemas relacionados ao uso de drogas pela população adulta economicamente ativa, o Ministério da Saúde através da portaria nº 816/GM, resolve instituir o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas, a ser desenvolvido pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados e municípios com os

seguintes objetivos: a- articular ações desenvolvidas pelas 3 esferas de governo, destinadas a promover a atenção aos pacientes com dependência; b- organizar e implantar redes estratégicas de serviços extra-hospitalares, articuladas à rede de atenção psicossocial; c- aperfeiçoar as intervenções preventivas como forma de reduzir danos sociais pelo uso prejudicial de álcool e outras drogas; d- Realizar ações de atenção/ assistência aos pacientes e familiares de forma integral, com atendimento individual, em grupo, orientação profissional, suporte medicamentoso e outros; e- organizar e regular as demandas e os fluxos sociais; f- promover e articular com as instituições formadoras a capacitação e supervisão das equipes de atenção básicas, serviços e programas mentais locais. Nesse momento, estabelecem que em virtude dos diferentes níveis de organização das redes assistenciais e da variação da incidência dos transtornos causados pelo uso abusivo ou dependência de álcool e outras drogas, deverão ser criados nos próximos 3 anos, 250 novos Centros de Atenção Psicossocial para o atendimento a paciente com dependência e ou uso prejudicial de álcool e outras drogas, sendo que destes, 120 serviços devem ser implementados nos próximos 2 anos, e destes, 34 estarão localizados no estado de São Paulo. Frente a isso pode se dizer, que essa portaria, insinua uma vontade política, no sentido de acolher aquelas pessoas que sofrem com os efeitos da dependência de

substâncias psicoativas no seu organismo e com a intolerância social que existe em relação ao usuário de drogas, principalmente, daquele que faz uso daquelas consideradas ilícitas, pois o fenômeno da droga-adição está ligado não apenas ao potencial farmacológico da substância utilizada, mas também ao modo como o meio social percebe e valoriza determinados comportamentos considerados como desviantes pelos seus diversos grupos. Pelo exposto nota-se o quanto é recente a criação de regulamentação própria para o atendimento ao dependente. Essa portaria previu a criação de serviços pelos municípios, mas nem todos conseguiram ou quiseram encaminhar o projeto de criação de CAPS-Ad, com o agravante de que ela foi instituída em ano eleitoral, em fim de mandato de um governo, fato que dificulta a instalação de uma política assistencial quando se está às vésperas da entrada de um novo governo.

No momento o Ministério da Saúde tem uma proposta de integração da assistência no contexto global sem priorizar especificidades.

1.5 Abordagens no tratamento de dependentes

Nesse momento, o tratamento de farmacodependentes tem sido abordado por diversas linhas de pesquisa que vêm investigando as diferentes modalidades terapêuticas para a dependência das drogas. Entre essas modalidades de tratamento, podemos citar: o tratamento ambulatorial/hospital dia, internação hospitalar, comunidades terapêuticas, abordagem familiar, grupos de auto-ajuda, entre outros, sendo importante lembrar que assim como o usuário não tem um padrão único, é necessário muitas vezes a associação das várias abordagens.

Marques e Doneda (1998) relatam que os dados internacionais apontam índice de recaída em torno de 70%, o que evidencia as dificuldades de obter sucesso e as poucas alternativas terapêuticas disponíveis para este tipo de tratamento. Diante de um quadro de difícil complexidade e baseado em estudos sérios será importante ressaltar que devemos incentivar o dependente químico a buscar a melhor maneira de tratamento e entender que podemos discutir estas recaídas como parte do processo de tratamento e sugerir novas possibilidades de recuperação.

Edwards (1997) refere que não existe uma fórmula organizacional única e muito dependerá de recursos, experiências e hábitos de administração locais. Dentro deste pensamento,

descreveremos algumas noções sobre cada modalidade de tratamento. O tratamento ambulatorial em serviços especializados para usuários de droga tem sido um dos mais incentivados na última década, principalmente pelos órgãos governamentais como o Ministério da Saúde, consolidando-se na portaria número 816 /GM de fevereiro 2002. Para este tipo de tratamento encontramos algumas indicações tais como: desejo do sujeito de se abster das drogas dentro do seu meio, facilidade de ser melhor aceito pelo dependente, visto que possibilita a manutenção dos vínculos familiares e afetivos dentro da sua comunidade. Pensando nas facilidades, percebe-se que o tratamento ambulatorial permite ao usuário controlar a sua compulsão dentro da sua realidade, sem isolá-lo ou oferecer um ambiente artificial, proporcionado pela internação. Nesse tipo de tratamento percebemos que é fundamental o desejo do usuário em se tratar, por ser um espaço aberto, onde a vigilância da equipe profissional tende a estar diminuída se comparada ao regime de internação. O tratamento hospitalar em regime de internação foi por muito tempo, a principal estratégia dado que as dependências como os outros problemas de saúde mental deveriam ser tratados em hospital psiquiátrico, pois este tipo de abordagem permite proteger o paciente de seu meio, favorecendo o controle de seus comportamentos impulsivos.

Luis et al. (1997), em levantamento feito no setor de atendimento psiquiátrico de um hospital geral na região de Ribeirão Preto, observou que houve uma maior concentração de pacientes com síndrome de dependência do álcool em relação a outras drogas.

Percebemos este aumento de internações em vista dos dados apresentados em estudos realizados na população adulta no Brasil, que sugeriu uma prevalência de 8% a 10% de abuso de dependência do álcool e em várias regiões do país cerca de 9 a 325 dos leitos ocupados nos hospitais gerais são de pacientes que apresentam abuso no consumo de bebidas alcoólicas.(BRASIL -1994).

Porém a internação hospitalar é sempre vista como um momento muito estressante, pois o usuário é retirado para um lugar desconhecido, distante de seu meio e com normas e rotinas já estabelecidas sem muitas possibilidades de mudança. Para Laranjeira (1996), a internação prolongada não se mostrou eficiente na maior parte dos casos, e na forma como é utilizada em nosso meio, tornou –se cara, portanto uma má alocação de dinheiro.

Segundo Scivoletto (2001) a internação hospitalar deve seguir algumas indicações, de preferência numa primeira tentativa propor o seguimento ambulatorial, evitando assim o deslocamento do usuário do seu ambiente, fator que mais tarde terá que enfrentar. As indicações para

a internação hospitalar em ambiente fechado são: risco de comportamento auto e heteroagressivos, comportamento suicida, risco de desenvolver síndrome de abstinência, necessidade de tratamento de comorbidade psiquiátricas e a falência do tratamento ambulatorial.

Todavia é importante salientar que cada usuário pode ter ganhos com os diferentes tipos de tratamento, buscando novas modalidades terapêuticas.

Dentro das modalidades de tratamento há também as comunidades terapêuticas, que estão indicadas em casos de usuários com comportamentos anti-sociais, com problemas familiares ou sociais (ausência de vínculos). A partir da década de noventa este tipo de tratamento passou a ser disseminado em todo território nacional, visto que a demanda de usuários em busca de tratamento aumentou consideravelmente e o governo buscou parceria com a iniciativa privada, gerando recursos para este empreendimento. As comunidades terapêuticas utilizam o modelo psicossocial de atenção a dependência química, sendo assim, não adiantaria apenas receber informações, mas estas devem estar relacionadas com as atitudes, os valores e estilo de vida da pessoa ou do grupo.

Para o funcionamento deste tipo de serviço a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), estabeleceu o regulamento

técnico por meio da Resolução da Diretoria Colegiada de nº 101/2001 e publicada em 31 de Maio de 2001. Com essas novas normas o instrumento terapêutico vem favorecer a convivência entre pessoas com problemas parecidos, oferecendo uma rede de ajuda no processo de recuperação dos pacientes resgatando a cidadania e buscando possibilidades de reabilitação física, psicológica e reinserção social. É importante ressaltar que dentro das comunidades terapêuticas deve se levar em consideração os fatores de saúde para a admissão do paciente.

Com a abertura de novas comunidades terapêuticas e o acesso aos financiamentos do governo federal a participação da sociedade civil passou a ser credenciada na Secretaria Nacional Anti-Drogas. Para dar legitimidade na assistência ao usuário de substância psicoativas essa Secretaria estabeleceu critérios que assegura critérios de tratamento, garantias aos pacientes, regras de funcionamento, monitoramento das atividades. Segundo os critérios de tratamento para a admissão do paciente deve ser levado em consideração as condições de saúde do mesmo e a capacidade de atendimento da instituição, bem como uma avaliação da situação social e familiar da pessoa. Sendo assim não será permitido receber pacientes com comprometimento biológico grave, como risco de morte pela intoxicação aguda de substância

psicoativas graves, alterações do pensamento, da percepção e do juízo crítico.

No que se refere aos critérios de garantia do paciente a RDC ANVISA 101/01 reforça os direitos humanos garantidos na Constituição Federal de 1988, não devendo impor crenças religiosas ou ideológicas aos pacientes. Sua internação deve ser voluntária e com a possibilidade de interromper seu tratamento a qualquer momento, desde que não haja risco de morte ao paciente ou a terceiros. Cabe salientar que este tratamento tem que ser sigiloso, garantir o anonimato e o respeito a família e a coletividade. O tempo de permanência deve ser flexível e todas as informações sobre o mesmo devem ser disponibilizadas a pacientes e familiares. Quanto as regras de funcionamento, a equipe de atendimento para trinta usuários deve ser composta de no mínimo 1 coordenador profissional da área de saúde, sendo responsável pelo programa terapêutico, 1 coordenador administrativo e de 3 agentes comunitários e a capacidade máxima pode atingir até 90 usuários, desde que respeitada as normas vigentes na Resolução 101/01.

A avaliação destes serviços ficará a cargo das Secretarias de Saúde estaduais e municipais, além dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes (CONEN); Conselhos Municipais Antidrogas (COMAD).

Dentro destas comunidades que temos visto atualmente, é proibido o uso de drogas e as atividades incluem terapias de grupo e uma rotina de trabalho estruturada, com regras e deveres previamente estipulado, com muita pouca flexibilidade, como parte de um trabalho reeducativo na tentativa de reintegrar futuramente o usuário na comunidade. Geralmente estes trabalhos estão ligados com denominações religiosas que centram os seus trabalhos como uma falha moral do usuário ou um castigo de natureza divina; mesmo que respeite estas normas vigentes ainda é colocado uma valorização do sujeito desde que busque se identificar com a filosofia vigente da instituição.

Os grupos de ajuda mútua são compostos de usuários que têm como característica a homogeneidade, sendo que os membros sofrem dos mesmos transtornos e compartilham suas experiências, tanto as boas quanto as más e o aprendizado dá-se na vivência do outro. Estes grupos não tentam explorar a psicodinâmica individual em grande profundidade ou mudar o funcionamento da personalidade, porém eles têm melhorado o bem-estar dos usuários. Na qualidade de grupo de auto-ajuda, eles oferecem suporte emocional e apoio mútuo, favorecendo em geral, um atrativo maior a esse tipo de clientela. (Kaplan e Sadock, 1997).

Os grupos de ajuda mútua salientam a coesão, como características próprias do grupo, um exemplo de grupo bem sucedidos, que podemos citar é o Alcoólicos Anônimos (AA). Para o AA a dificuldade não esta em parar de beber e sim na possibilidade de manter se sóbrio, sendo assim o alcoolismo torna-se incurável e a abstinência é o alvo a ser atingido. Dentro deste tratamento é usado o lema “um dia de cada vez” e o paciente não pode dizer que está curado,mas sim que é um alcoólico em recuperação.

Pacheco (1998), esclarece que a abstinência alcançada dentro deste tratamento não implica, necessariamente, numa mudança de posição subjetiva, mas a força que emana da nomeação “eu sou alcoólico”.

Ramos (1997), salienta que não há nenhum conflito entre a terapia do AA e os grupos de psicoterapia, sendo oportuna a freqüência dos pacientes em ambos os grupos simultaneamente, tendo o cuidado por parte do terapeuta em evitar que o paciente venha discutir o problema do AA, e no AA queira discutir seus sentimentos em relação ao grupo terapêutico.

Cabe destacar que ao avaliar a eficácia é bom lembrar que a dependência de drogas é uma doença heterogênea, de modo que para determinados usuários podem ser efetivos de tipos diferentes de

tratamento, o que é bom para um usuário não é necessariamente, bom para o outro.

Para Laranjeira (1996), não existe superioridade entre os modelos de tratamento existentes e sim uma eficácia melhor nos modelos que oferecem um maior número de opções de tratamento para os indivíduos dependentes de substâncias psicoativas.

Pillon (2003) em uma breve revisão sobre os modelos explicativos do uso de álcool e drogas e as bases teóricas da assistência de enfermagem, concorda com essa posição e reafirma que na assistência ao usuário de drogas, o que existe são idéias valiosas que procuram explicar a origem dos problemas relacionado ao uso abusivo de drogas e álcool, bem como as possíveis estratégias para lidar com eles.

O potencial de um serviço especializado em termos de ajuda é determinado pelos seus recursos humanos, pela variedade de tratamentos que oferece pela força dos vínculos, que possibilita a reflexão em suas ações. O funcionamento nos moldes de uma equipe multidisciplinar permite discutir as relações interprofissionais, visando um desempenho melhor dentro das suas especificidades (Edwards, 1995).

Os técnicos especializados em tratamento de drogas têm percebido, que a possibilidade de alcançar êxito no tratamento, depende

cada dia mais da intervenção de vários profissionais, incentivando o trabalho em equipe e a busca de aprimoramento. Nos últimos anos, tem sido utilizado o tratamento ambulatorial dentro do modelo médico com algumas intervenções psicossociais no tratamento dos usuários de álcool e outras drogas. Neste modelo a dependência é vista como um sintoma de conflitos psicológicos subjacentes ou de uma personalidade previamente vulnerável. Definições comportamentais enfatizam as condições ambientais que iniciam ou mantém o consumo de drogas, sendo evitada as suposições a respeito de causas físicas ou psíquicas como determinantes do processo patológico. Cabe ressaltar, ainda, os avanços na pesquisa da psicofarmacoterapia para as dependências químicas, que muito tem auxiliado no tratamento das dependências, porém as abordagens não farmacológicas continuam exercendo um papel fundamental, dado que pressupõem a necessidade de um trabalho multidisciplinar que atinge os múltiplos componentes do problema, como a atenção às patologias médicas, o estabelecimento do vínculo profissional-paciente, a questão da avaliação rotineira, a possibilidade de aderência ao tratamento e a avaliação periódica da eficácia do tratamento (CARROL & SCHTTENFELD 1997).

Algumas condutas terapêuticas que vêm sendo utilizadas com frequência em serviços abertos de tratamento das

dependências químicas tem sido a terapia cognitiva comportamental, a psicoterapia individual e as modalidades de atendimento grupal.

A terapia cognitiva comportamental é a combinação de duas terapias, a cognitiva e a comportamental, e tem sido bem sucedida no caso de comorbidade. Esse tipo de terapia fundamenta-se na suposição de que o comportamento é secundário à maneira como o sujeito pensa sobre si mesmo em relação ao seu papel no mundo. O pressuposto básico da terapia comportamental é que o comportamento mal adaptado pode mudar, sem depender do “insigh” (capacidade do usuário compreender a verdadeira causa e significado de uma situação), sendo assim a frequência de um comportamento quando positivamente reforçado aumenta, e quando negativamente reforçado diminui, e vice-versa (Kaplan & Sadock, 1997; Mello e Cols, 1999).

No modelo de Diclemente e Prochaska, (1982), alguns aspectos são destacados como negativos e positivos. Os negativos ocorrem quando há negação do problema pelo usuário, ausência do desejo de se abster da substância, falta de motivação, principalmente quando o usuário não consegue perceber os danos causados pelas drogas. São destacados como aspecto positivo nesse modelo, o baixo custo do atendimento e a não segregação do usuário da convivência familiar,

razão pelo qual, os tratamentos com base nesse modelo são mais facilmente aceitos pelo paciente.

Outra abordagem que merece ser destacada no tratamento de usuários de drogas é a psicoterapia individual, consistindo esta em qualquer método de tratamento das desordens psíquicas ou corporais que utilize o meio psicológico e, mais precisamente, a relação entre o terapeuta e o doente, abrangendo desde a hipnose, a reeducação psicológica, a persuasão e até a psicanálise (Laplanche e Pontalísé (1986).

A psicanálise e psicoterapia de orientação psicanalítica, têm como propósito levar o paciente a desenvolver “insigth” para seus conflitos inconscientes, fundamentados em desejos infantis não resolvidos e manifestados através de sintomas, por isso, a atividade terapêutica busca o desenvolvimento de padrões mais adultos e conscientes de alterações psíquicas e comportamentos.

Dentre as críticas à abordagem individual de tratamento, há o fato de que o usuário expõe apenas sua versão do problema ao terapeuta, pois o mesmo não se encontra entre os seus pares, cujo papel consiste em trazê-lo para a realidade situação aconteceria, por exemplo num grupo de auto- ajuda, dado que as experiências de cada um são bastante similares (Goti, 1994).

Dentro das práticas de atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, a terapia de grupo tem sido um dos instrumentos mais utilizados em serviços abertos, visto que o usuário que busca este tratamento pode estar ambivalente no desejo de se tratar e pode utilizar qualquer desculpa para não aderir o tratamento, como por exemplo o fato de não ser atendido de imediato.

Blaine (1990); Pattison (1989); Woody (1989); referem que a ampla utilização desta abordagem é um consenso entre os especialistas, considerando a psicoterapia grupal uma intervenção valiosa com os usuários, entretanto, ainda não há consenso sobre qual é a orientação psicoterapêutica é mais efetiva para estes pacientes. Dentro desta perspectiva é imprescindível lembrar que cada sujeito pode vir a ter um espaço de tratamento e os especialistas podem ajudar no processo de definição, sem necessariamente impor o seu modelo, pois embora seja importante ter um embasamento teórico para nortear um serviço, a oferta de tratamentos diversificados dá aos usuários a possibilidade de identificar-se com o funcionamento do mesmo.

Um dos objetivos do grupo de usuários é criar um espaço de reflexão, onde possam buscar o sentido de suas próprias vivências e encontrar respostas que não a droga para transformar sua realidade. Essa visão estabelece que o grupo para ser bem sucedido, deva estabelecer

contratos de permanência do usuário desde o início no tratamento, tais como: data, horário, local, tempo mínimo de permanência no grupo, faltas e abandono, sigilo, entre outras exigências que podem ser discutidas com o próprio grupo, dificultando assim a tendência dos participantes em alterar as regras de acordo com sua visão do mundo Brasileiro (1997).

Percebemos que no decorrer da nossa prática nos grupos, as regras sendo estabelecidas de maneira clara e objetiva, propiciam um melhor funcionamento do grupo, tornando possível ao profissional centrar seu objetivo no sujeito, diminuindo os sentimentos de persecutoriedade do usuário em relação ao local de tratamento.

Um dos grupos que têm sido aceitos pelos especialistas nos serviços é o Grupo de Acolhimento, que objetiva receber de imediato o usuário que busca o serviço, diminuindo suas resistências e defesas, pois os mesmos são inseridos entre os seus pares para discutir, mesmo que inicialmente de forma superficial. A continuidade da sua presença vai possibilitando um comportamento diferenciado de reflexão, em um espaço apropriado, o uso da substância e o motivo pelo qual ela tem exercido um papel importante na sua vida.

Souza (1996), avalia este tratamento de grupo como uma possibilidade de atenção dada pelo terapeuta visando alterar sua relação

dentro da Instituição permitindo ao usuário desvendar fantasias relacionadas com as mudanças e os significados que as mesmas têm para ele, tornando possível entrar em contato com algo que possa ser o causador de seu desconforto psicológico.

Outra prática de modalidade de atendimento grupal é a intervenção breve, visto que o resultado tem sido comprovado como eficaz e de um custo menor, podendo ser desenvolvida por pessoal de nível médio e em locais que não exigem necessariamente a presença de especialistas em substâncias químicas, inclusive em serviços de assistência básica. Esse procedimento permite aos profissionais de atenção primária trabalharem de forma eficaz e eficiente em sessão curta de aconselhamento, objetivando ajudar a modificar determinado comportamento, incluindo avaliação rápida com feedback; técnicas de mudança comportamental, estabelecimento de metas e incluindo contratos com relação ao uso ou não de substâncias (Edwards, 1997; Miller, 1989; Sanches, 1990).

Segundo Simões (1996) a prática da terapia de grupo tem sido incentivada em instituições públicas e privadas com a finalidade de atender a demanda. Porém, para estes mesmos autores, há uma contradição neste tipo de atendimento, se pôr um lado eles favorecem o atendimento abarcando um grande numero de usuários ao mesmo tempo,

por outro lado os profissionais não estão preparados para exercer esta prática e podem suscitar questões incômodas para as instituições, que denunciam posturas e contradições institucionais, que não seriam notadas pelos elementos individualmente.

Na minha experiência profissional em serviço aberto de tratamento, pude perceber que o paciente aprende a controlar a sua compulsão dizendo não as drogas, visto que quando o mesmo é internado em uma clínica e protegido numa “redoma”, ele apresenta dificuldade de abster-se da substância quando é inserido novamente no seu meio, já com outros usuários no grupo, eles podem vivenciar um melhor aprendizado, possibilitando uma melhor aderência à ressocialização com o reforço dos vínculos pessoais com elementos próximos e/ou significantes.

2 OBJETIVOS

Considerando que os tratamentos ambulatoriais com equipes técnicas de saúde foram implantados a partir da década de noventa, o objetivo deste estudo será:

- descrever a implantação do serviço ao usuário de substância químicas em 3 serviços, localizados em cidades do Estado de São Paulo.;

- analisar a experiência vivida pelos coordenadores de serviços no processo de implantação em tratamento aberto de álcool e drogas.

Mediante essas considerações, pretendo estudar a assistência oferecida aos usuários de drogas nos serviços dessa natureza e dada a recente legislação que privilegia os serviços abertos, pareceu oportuno investigar como ocorreu a criação de três serviços já existentes, cuja origem remonta à década de oitenta e noventa e registrar quais dificuldades e dúvidas que os grupos de trabalho enfrentaram e quais soluções criativas foram implantadas.

3 PERCURSO METODOLÓGICO

A-Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo descritivo, relatando a implantação de 3 serviços em locais diferentes no Estado de São Paulo para atendimento de usuários de álcool e drogas, buscando analisar as experiências de pessoas chaves, visando identificar semelhanças e as diferenças nesses relatos. Para tanto, o método que pareceu mais apropriado para conduzir a investigação foi o do “estudo de caso”, desenvolvido com uma abordagem qualitativa.

Para estudar o fenômeno e objetivos propostos, a abordagem qualitativa foi a opção escolhida, já que permite o uso de amostras intencionais, ou seja, são selecionados os casos ou personagens que detenham o maior número de informações sobre o tema. Por isso, foram selecionados os indivíduos possuidores das informações que revelassem fatos e situações que compusessem as experiências com detalhes.

Desta forma, a pesquisa qualitativa pode ser um método capaz de apreender os valores culturais e as representações sobre temas específicos, de determinados grupos, para ajudar na compreensão das relações existentes entre os atores sociais. Para Minayo (1994) a

realização de um estudo qualitativo, pressupõe levar em consideração o sujeito do estudo suas crenças sociais, seus valores e significados, pois enquanto objeto das ciências sociais ele tem sua complexidade e está em permanente transformação. O método qualitativo permite incorporar a questão do significado e da intencionalidade, como algo inerente aos atos, às relações, e às estruturas sociais.

Menezes (2001) refere que a pesquisa qualitativa prevê a utilização de várias técnicas, visando apreender e identificar determinado fenômeno em sua totalidade e não apenas focalizar-se em conceitos específicos.

Segundo Polit e Hungler (1995) a escolha do método a ser empregado, abarca vários fatores como o gosto pessoal e a filosofia, embora a natureza da indagação da pesquisa seja o ponto principal que determinara a viabilização e a realização da mesma. Desta forma busquei através do estudo de caso, compreender os relatos das pessoas chaves para a realização deste trabalho.

O termo estudo de caso vem de uma tradição da pesquisa médica e psicológica, no qual há a uma análise detalhada do caso, que explica a dinâmica e a patologia de uma doença. (Goldenberg 1997).

Este tipo de pesquisa, com adaptações, passou a ser uma das principais modalidades de análise das ciências sociais, sendo

utilizado, tanto no estudo de um indivíduo, quanto num grupo de indivíduos ou instituições. Assim o pesquisador que se propõe a realizar um estudo de caso pode ter a possibilidade de estudar dois ou mais sujeitos ou organizações sem a necessidade de buscar objetivos de natureza comparativa (Bogdan, 1982; Becker 1994).

Como trabalho de natureza qualitativa, não existe a intenção de generalizar a prática dos serviços estudados, mas tão somente relatar os momentos dos serviços de atendimento baseado nas informações recebidas das pessoas chaves e da sua experiência vivida como ator social em cada um deles, buscando construir suas vivências, pois julgo que as experiências que revertam em bons resultados de assistência possibilitam percurso instigante e difícil de ser traçado, um desafio a ser enfrentado a cada momento, mas que pode também ser muito recompensador profissionalmente.

B-Local da Pesquisa

Para a realização desta pesquisa foram selecionados intencionalmente 3 Centros de tratamento ambulatorial no estado de São Paulo, sendo um na capital e os outros dois no interior .

PAUSA – Programa de Apoio aos Usuários de Álcool da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), localizado em Marília. Esse serviço iniciou suas atividades em meados da década de 90, sendo portanto o mais antigo.

UNIAD – Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas da Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/EPM, iniciando suas atividades no final de 1995.

NAPS-F – Núcleo de Atenção Psicossocial a Farmacodependência conveniado a Secretaria de Saúde junto à Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. Foi o primeiro NAPS no interior de São Paulo, iniciando suas atividades em agosto de 1996. Consta de serviço filantrópico com vinculação ao SUS (Sistema Único de Saúde).

Esses serviços foram selecionados pela sua relevante participação no atendimento aos usuários de álcool e drogas, no estado de São Paulo nas últimas décadas do século xx.

Os centros relacionados são reconhecidos pela sua capacidade de prestar assistência qualificada na área de álcool e drogas e pela estrutura de trabalho configurada em equipes multidisciplinares. Vale ressaltar que os mesmos prestam atendimento a comunidade sem nenhum custo para sua clientela.

C- Instrumento para a coleta de dados

Para atingir o objetivo deste estudo, utilizou-se a entrevista como meio para a obtenção de informações selecionando-se a modalidade de entrevista semi-estruturada.

Para TRIVIÑOS (1987) a entrevista semi- estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses, que interessam a pesquisa e podem num segundo momento oferecer ao pesquisador um amplo campo de interrogativas que passam a surgir a medida que recebe informações do informante.

Neste estudo, por se tratar do pesquisador um dos agentes que participou ativamente da implantação de um dos três serviços, o mesmo teve liberdade e espontaneidade para buscar novas perspectivas dentro daquilo que entendeu ser necessário para enriquecer suas informações, a medida que seu método utilizado para a pesquisa não contemplava aspectos intrigantes no decorrer das informações.

Segundo QUEIROZ (1998) a valorização das palavras, a vivacidade das narrações e os sentimentos contidos e transmitidos através dos discursos, foram reavivados com a utilização do gravador, colocando novos meios de captar o real à disposição das ciências sociais.

No decorrer do ano 2002, ocorreu a tramitação do projeto de pesquisa, no Comitê de Ética em Pesquisa da EERP-USP sendo aprovado em 03 de setembro de 2002, devendo ser encaminhado ao Comitê Ética em Pesquisa o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou sua interrupção.

Antes da aplicação do instrumento houve consulta sobre o interesse em participar do estudo. Todos concordaram assinando o termo de consentimento conforme Anexo I, concedendo as entrevistas e permitindo sua gravação em fitas cassete.

Os sujeitos foram informados ainda, que teriam acesso ao registro das entrevistas e que poderiam interromper a qualquer momento sua participação, bem como foi assegurado o anonimato, conforme a Resolução CNS 96/96 (Conselho Nacional de Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa-CONEP).

D - Procedimento e coleta de dados

A escolha dos entrevistados foi intencional, e o critério para a seleção foi terem estado presentes desde o primeiro momento de funcionamento da instituição, mantendo ou havido mantido alguma

vinculação com a organização do serviço e /ou participação em cargos administrativos.

Segundo Thiollent (1996), uma amostra intencional é constituída por um número pequeno de pessoas, selecionadas intencionalmente em função da relevância que apresentam em relação a um determinado assunto.

Os participantes da pesquisa foram integrantes de serviços abertos para usuários de álcool e drogas. Estes desempenhavam o papel de coordenadores por ocasião da implantação dos serviços, especializado em dependência química; ao todo foram 4 autores escolhidos, sendo que dois destes continuam desempenhando atividades nesses locais até o momento atual.

Para o alcance dos objetivos da pesquisa elaboramos um roteiro de entrevista com 7 questões abertas previamente padronizadas e feitas para os atores envolvidos. Dado que o propósito era como se deu a implantação dos serviços ambulatoriais segundo a perspectiva de pessoas que participaram, ativamente do processo, o pesquisador fez mais de uma intervenção sempre que julgou ser necessária.

Aos sujeitos foi apresentado o projeto e após aceite na participação e assinatura do termo de consentimento, foi agendada a entrevista. O entrevistador procurou identificar, com maior profundidade

possível, a visão dos entrevistados sobre as questões por eles respondidas. As entrevistas foram anônimas e gravadas, levando em média 60 minutos. O local era apropriado para esse tipo de intervenção, ou seja, neutro, sem a presença de pessoas ligadas aos entrevistados. Após esse procedimento realizou-se a transcrição do conteúdo das fitas

No roteiro foram abordadas as seguintes questões:

1. Identificação do serviço
2. Como surgiu a necessidade de implantação deste serviço na área de dependência química?
3. Qual a proposta inicial do serviço?
4. Qual era o modelo a ser implantado e por que?
5. Quais foram as dificuldades e facilidades encontradas na implantação do serviço em dependência química?
6. Você acha que as propostas iniciais da implantação deste serviço foram alcançadas?
7. Gostaria de fazer algum comentário em relação aos serviços de tratamento na área de dependência química?

O agendamento das entrevistas foi realizado com antecedência e a sua realização se deu de acordo com a disponibilidade dos entrevistados com local e horário pôr eles sugeridos, sendo que

nenhum dos sujeitos recusou se a participar do estudo. A relação com os participantes desta pesquisa se deu de forma satisfatória, pois todos mostraram-se interessados em abordar o assunto, colocando-se a disposição para novos encontros, valorizando a iniciativa durante todos os encontros. A aceitação do trabalho, provavelmente, deveu-se ao fato de serem profissionais experientes que atuam com essa clientela na área de pesquisa, ensino e assistência.

Dentre os atores sociais da pesquisa ligados aos serviços universitários, dois deles tinham concluído pós-graduação com títulos de doutorado e os demais membros das suas equipes estavam em vários níveis e etapas de cursos de pós-graduação, com interesse em pesquisa e ensino. Enquanto instituições com vinculação a universidades são pólos de capacitação profissional na área de dependência química. Já o terceiro serviço embora seus componentes percebessem a importância da pesquisa e ensino, não encontravam facilidades para direcionar suas atividades para estas atividades, uma vez que a demanda de atendimento assistencial era muito grande e a equipe contava com poucos profissionais. Entretanto, mantém o desejo de direcionar suas atividades também para a pesquisa e o ensino, pois julgam haver superado a fase reprimida do atendimento, e atingido o reconhecimento da população em

relação ao serviço, por isso consideram ser o momento de compartilhar sua vasta experiência no atendimento a essa clientela.

A coleta de dados foi realizada no final de setembro de 2002 e janeiro de 2003. Durante as entrevistas ocorreram intervenções por parte do pesquisador, quando havia necessidade de maiores esclarecimentos, estimulando ainda, o próprio relato de suas experiências. Nas entrevistas cada participante pôde expor sua vivência na implementação do serviço e as suas expectativas em relação a assistência.

E—Procedimento de análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas, foram realizadas leituras numa primeira etapa, de maneira mais geral e em seguida uma leitura mais atenta de todo material transcrito, buscando obter o entendimento do processo de implementação dos serviços ambulatoriais, bem como a expectativa da assistência prestada pelos mesmos aos usuários de drogas, por meio dos relatos dos seus participantes. Foram portanto, seguidas as recomendações de Minayo (1994) procurando superar o alcance descritivo do conteúdo manifesto, através da inferência e interpretações mais profundas. Para tanto a autora recomenda a análise

dos dados obtidos, por meio da ordenação do material, categorização de dados (verbais) com a classificação, resumo e tabulação se for o caso.

Num segundo momento, foi realizada uma leitura seletiva e demarcada das declarações mais significativas dos entrevistados, na percepção do pesquisador. Posteriormente, com os conteúdos selecionados, pôde-se extrair as dificuldades e as facilidades da implantação de cada serviço, o que permitiu a compreensão da experiência do outro e os caminhos por eles percorridos e o aprofundamento dos aspectos fundamentais na implantação desses serviços de atendimento. Em seguida, houve o agrupamento das declarações importantes para a pesquisa. As quais foram consideradas em uma discussão compreensiva.

4 CARACTERIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS QUÍMICAS

PAUSA - PROGRAMA DE ATENÇÃO AOS USUÁRIOS DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

Esse programa pertence ao Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Marília e funciona no Ambulatório de Saúde Mental, atende a população da cidade de Marília e região, em torno de 550.000 mil habitantes.

O atendimento dessa população sempre ocorreu no Ambulatório de Saúde Mental, para os atendimentos conta com participação de uma equipe profissional. Porém, a partir da década de 90, com a reestruturação administrativa no Departamento de Psiquiatria e da própria faculdade, cria-se um serviço específico para o atendimento aos usuários de drogas e álcool, coordenado por um médico psiquiatra e um enfermeiro.

Estrutura Assistencial

O horário de atendimento acontece semanalmente de segunda à sexta feira, das 08:00 às 17:00, e fora dos horários de expediente de trabalho os pacientes agudizados são atendidos no Pronto

Socorro da própria faculdade (FAMEMA) e o contato pode ser feito via celular no caso de emergências, com os coordenadores responsáveis pelo atendimento a usuários de álcool e outras drogas.

No momento, o programa está sendo remodelado, dentro da concepção de um CAPS-AD para os usuários de álcool e outras drogas em local separado do ambulatório para o tratamento de portadores de transtorno mentais. Este acordo foi intermediado pelo Ministério da Saúde. No momento da entrevista o espaço físico localizava-se em imóvel alugado. Na ocasião das entrevistas os coordenadores do serviço estavam envolvidos em processo de seleção de uma equipe multidisciplinar. O funcionamento do CAPS-AD prevê a assistência em período integral de segunda à sexta-feira, sendo estabelecido o programa de acordo com a necessidade da clientela em programas de 4 ou 8 horas. Na proposta já existente o atendimento configurava-se individualmente na chegada do usuário, e seguido pelo encaminhamento para os grupos de acordo com a necessidade do cliente e mediante uma avaliação da equipe. Tais grupos são compostos por pacientes com diagnóstico de alcoolismo e usuários de múltiplas drogas, conta com pelo menos um coordenador residente, e após o término do grupo faz a apresentação dos casos, onde discutirá o funcionamento grupal com os coordenadores do serviço.

Além do grupo de álcool, formou-se o grupo de tabaco, que na entrada do paciente seu atendimento é semanal durante o primeiro mês, a fim de verificar a disponibilidade e motivação do sujeito em aderir ao tratamento, bem como avaliar a comorbidade e os efeitos dos medicamentos prescritos. Este acompanhamento torna-se mensal de acordo com a evolução do paciente. O aprendizado é na vivência do outro, nesse grupo, como estratégia estabelecida utiliza-se desde o início do paciente no tratamento, tais como; a justificativa antecipada de sua ausência no grupo. Caso apresente 3 ou mais falta será enviada uma correspondência solicitando seu comparecimento no serviço. O grupo de tabaco funciona como referência de tratamento para toda região de Marília, constituindo num pólo de treinamento para outras equipes de saúde que manifestam interesse em desenvolver trabalho com essa clientela.

Quanto ao Funcionamento

Os usuários que procuram o PAUSA são provenientes de uma triagem da Central de Regulação, órgão ligado à Secretaria Municipal da Saúde de Marília e agendados no Ambulatório de Saúde Mental. Existe a possibilidade de agendamento de 10 vagas/dia, além de

suprirem a demanda espontânea. Estes usuários são avaliados inicialmente pela equipe multidisciplinar, individualmente, podem ser encaminhados aos grupos específicos (tabaco, álcool e outras drogas), ao atendimento individual de psicoterapia e acompanhamento medicamentoso, dependendo de cada situação.

Quanto a Equipe Técnica

A equipe é composta por profissionais de nível superior e multidisciplinar (médicos clínicos e psiquiatras, nutricionista, assistente social, enfermeiro e psicólogo), conta diariamente, com voluntários e estagiários de medicina e enfermagem, supervisionados pelos orientadores. Conta ainda com uma equipe de nível médio no apoio e controle dos retornos, agendamento de casos novos e organização da demanda espontânea, fornece orientações e encaminha os clientes para a equipe de atendimento.

Recursos Financeiros

Os recursos financeiros são repassados pelo Ministério da Saúde através da Secretaria Municipal da Saúde de Marília e seu

Conselho Gestor, de acordo com o número de atendimentos realizados no serviço. Os recursos obtidos com o atendimento dentro do programa são administrados pelo setor administrativo da FAMEMA.

UNIAD - UNIDADE DE PESQUISA EM ÁLCOOL E DROGAS

A Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas (UNIAD) é uma entidade pertencente ao Departamento de Psiquiatria da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Suas atividades estão centradas na assistência, pesquisa e ensino. Dentre elas estão a oferta de serviços especializados no tratamento e reabilitação em nível ambulatorial para os dependentes de substâncias psicoativas e seus familiares, além do ensino de graduação, pós – graduação e educação continuada para profissionais de saúde.

Estrutura Assistencial

Os programas oferecidos para a comunidade são gratuitos, prevendo a assistência aos usuários de álcool, maconha, cocaína e crack, benzodiazepínicos e dos transtornos mentais associados (comorbidade), anteriores ou decorrentes do uso abusivo.

Nas modalidades de assistência estão o acompanhamento psiquiátrico, a psicoterapia individual breve, a psicoterapia de grupo, o grupo de orientação familiar, a desintoxicação de álcool e a intervenção social junto a família e ao emprego.

No tratamento não existe um período pré - estabelecido de permanência do cliente em cada modalidade de assistência, isso vai depender de cada caso. O horário de funcionamento da UNIAD é das segunda às sexta – feiras, das oito às vinte horas.

Quanto ao funcionamento

Esse serviço possui vários programas destinados aos usuários conforme sua necessidade

Programa de Assistência aos usuários de álcool.

Os pacientes chegam ao serviço encaminhado por uma assistente social, alguns vêm por vontade própria e outros trazidos pelos familiares. Na chegada de um paciente ao ambulatório é encaminhado à equipe que será responsável pelo seu tratamento, por exemplo, na equipe do álcool é realizado, uma avaliação inicial (triagem). Nessa primeira

consulta investiga – se a queixa principal do paciente, o padrão de consumo da droga (tipo, quantidade, frequência,tempo de uso), e a motivação para o tratamento. Após a avaliação inicial, identifica – se a necessidade de desintoxicação ou internação e encaminhamentos para interconsultas em outras especialidades. O encaminhamento do usuário para a desintoxicação do álcool no ambulatório, vai depender das condições clínicas do paciente e das conseqüências físicas e psíquicas pelo uso crônico do álcool. Nesta fase o paciente permanece cerca de 10 dias. Nesse período o paciente é acompanhado pelo enfermeiro, tem monitorado os seus sintomas físicos e psíquicos e muitas vezes necessita ser medicado pelo psiquiatra para aliviar os sintomas da abstinência.

Quando suas funções físicas e mentais estão melhor re - estabelecidas é preparado e encaminhado para outras modalidades assistenciais, ou seja, o atendimento psicoterápico individual breve ou de grupo. No atendimento grupal é oferecido para homens e para mulheres,separadamente, devido às peculiaridades, de gênero. São oferecidos o grupo de apoio (estabelecimento da abstinência e manutenção da abstinência) e o grupo para problemas físicos (quando o cliente já tem uma doença física estabelecida).

Com a melhora da abstinência, os pacientes do grupo de apoio são encaminhados para o grupo terapêutico (onde se trabalha a

prevenção da recaída e apoio para a reabilitação social). Em qualquer momento, ou seja, enquanto os pacientes estão em atividades de grupos ou individuais, eles podem ser encaminhados para uma avaliação e acompanhamento psiquiátrico.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE MACONHA

Da mesma forma, o paciente entra no serviço através de uma avaliação inicial (triagem), realizado pela psicóloga e uma interconsulta psiquiátrica. Após esse período, participa de grupo de apoio (motivação) e atendimento individual quando necessário. Em qualquer momento do atendimento pode ser encaminhado para a avaliação e acompanhamento psiquiátricos. Para os familiares há um grupo orientação familiar.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AOS USUÁRIOS DE COCAINA, CRACK.

O atendimento aos usuários de cocaína há um grupo de acolhimento, que funciona diariamente geralmente no final da tarde. Ele

é o ponto de partida para quem procura atendimento, portanto nesse caso não há triagem.

O paciente ou sua família procura o serviço sendo orientados a comparecer nesse grupo no mesmo dia. Após esse grupo, o paciente é encaminhado ao atendimento individual de referência, que inicialmente, o acompanha duas vezes pôr semana.

Após freqüentar cerca de um mês o grupo de acolhimento, ele é encaminhado para o grupo de abstinência recente, permanecendo por mais 2 meses, com atendimentos agendados 2 vezes por semana. Em seguida, segue para o grupo de projeto, com duração de 9 meses e freqüência semanal. Este grupo tem como objetivo desenvolver atividades junto aos participantes que lhes permitam entender as etapas de construção de um projeto de interesse em comum e suas dificuldades. A interconsulta psiquiátrica pode ser realizada em qualquer momento, dependendo da necessidade. Um grupo com familiares para a orientação dos mesmos também é realizado.

ATENDIMENTO DO NÚCLEO DE APOIO E CESSAÇÃO DO FUMAR

Os clientes passam pôr uma avaliação inicial, onde-se investiga a história do consumo, a existência de patologias clínicas e/ou psiquiátricas e o grau de motivação. Em seguida são encaminhados para o tratamento em grupo e podem também receber tratamento de reposição de nicotina. Uma avaliação psiquiátrica ou pneumológica pode ser solicitada a qualquer momento do tratamento.

ATENDIMENTO DA UCAD – UNIDADE COMUNITÁRIA EM ÁLCOOL E DROGAS.

A unidade comunitária é um serviço de assistência aos usuários de álcool e drogas. Foi organizado pelo coordenador e alguns membros da equipe da UNIAD. A unidade comunitária está localizada em um bairro da periferia de São Paulo e surgiu da iniciativa dos membros da comunidade (padres da paróquia) devido ao grande número de clientes com problemas na região.

A UCAD recebe apoio financeiro da Secretaria de Saúde do Município de São Paulo e da Comunidade Santos Mártires (recursos humanos), onde está localizada e mais recentemente, foi credenciada como um serviço de atendimento aos usuários de álcool e drogas pelo Ministério da Saúde. Esse modelo tem se estendido a outros bairros pelo seu baixo custo e efetividade no tratamento.

Neste contexto, a UCAD tem como objetivo inicial promover a melhoria da qualidade de vida dos habitantes do Jardim Ângela. Os objetivos da UCAD incluem: a) promoção de ações de prevenção ao uso de álcool e drogas; b) tratamento aos usuários de álcool, tabaco e drogas ilícitas; c) diminuição do número de internações prolongadas de pacientes dependentes de álcool e drogas ilícitas.

A equipe de trabalho da UCAD é composta de 10 agentes comunitários, 2 enfermeiras, 1 psicólogo, 1 psiquiatra, os quais foram treinados pela equipe da UNIAD.

A equipe de agentes comunitários da Moradia Assistida é composta por sete agentes estritamente voltados para a Moradia Assistida, revezando-se em turnos de trabalho, para que o funcionamento da Moradia Assistida torne-se ininterrupto. Estes acompanham a administração dos medicamentos e atuam durante a fase inicial da S.A.A. (Síndrome de Abstinência Alcoólica). uma ajudante de cozinha, que

juntamente com as pessoas que passam pela casa, colabora com a limpeza da Moradia Assistida. Existem também, voluntários e colaboradores que ajudam nas mais diversas atividades da UCAD. Nos primeiros meses de tratamento os resultados positivos do trabalho, já podem ser observados através do número de ex-pacientes que compõem os grupos de apoio da UCAD e que procuram atendimento psicológico individual para auxiliar na manutenção da abstinência.

Os clientes são trazidos por seus familiares ou são triados nas visitas domiciliares, realizadas pelos agentes comunitários, também há encaminhamento de outros membros da comunidade. Os pacientes são submetidos a uma avaliação inicial com os enfermeiros, psicólogos e médicos. Após o atendimento inicial, o cliente vai participar concomitantemente do grupo de acolhimento e dos grupos terapêuticos, visando a manutenção da abstinência, a prevenção da recaída, o desenvolvimento de habilidades sociais e conseqüentemente, a sua reabilitação social.

A unidade comunitária conta com a moradia assistida para a internação breve de pacientes com síndrome de abstinência grave ou aqueles com dificuldade de apoio familiar ou social. Essa internação breve ocorre num período de 15 dias, não se estendendo-se por mais de um mês. Nesse período, ele participa das atividades de organização e

manutenção da casa, dos grupos de atividades promovidos pela UCAD e de atividades de lazer, nos finais de semana, programados e agendados pelos participantes da moradia e dos membros da equipe.

O projeto possui ainda alguns grupos direcionados para orientação familiar, grupo de mulheres, grupo de socialização e o grupo de orientação médica. Esse projeto está interligado a outros projetos na própria comunidade, como por exemplo, o programa de Liberdade Assistida aos menores infratores, e um grupo voltado para a assistência da mulher (Direito e Cidadania). Os membros da equipe da UCAD recebem ainda apoio educacional de outras instituições não governamentais, como, por exemplo a Fundação Getúlio Vargas.

Quanto ao Funcionamento e a Equipe Técnica

A equipe é composta por profissionais de nível superior, dividida em 5 sub-equipes especializadas ou seja: a) a equipe de álcool, composta de 2 médicos, 6 psicólogos (1 fixo e 5 voluntários), 2 enfermeiros, 1 assistente social. b) a equipe de maconha é composta de 3 médicos, 4 psicólogos, 1 enfermeiro, c) a equipe do núcleo de apoio à prevenção e cessação do fumar é composta de 2 psiquiatras, 2 pneumologistas, 4 enfermeiras; d) a equipe de cocaína e outras substâncias

é composta de 3 médicos, 4 psicólogos, 1 enfermeira, 1 terapeuta ocupacional.

Cada sub-equipe apresenta um fluxograma de atendimento de acordo com sua especialidade.

NUCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-FARMACODEPENDENTES.

Estrutura Assistencial

O Núcleo de Atenção Psicossocial aos Farmacodependentes NAPS-F iniciou suas atividades em 26 de Agosto de 1996, na cidade de Ribeirão Preto, acoplado ao Hospital Psiquiátrico Sanatório Espírita Vicente de Paulo, o qual cedeu seu espaço físico de antiga ala masculina, para a Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, criando assim uma parceria para possibilitar o atendimento aos usuários de drogas, acima de 12 anos de idade dessa cidade. O município de Ribeirão Preto conta com cerca de 505.012 mil habitantes segundo o censo Demográfico de 2002 e se localiza-se a 310 Km da capital.

As modalidades de atendimento disponíveis ao usuário de drogas na ocasião restringiam-se a internação em hospitais gerais,

psiquiátricos e ou comunidades terapêuticas com vínculos religiosos, não existindo havia qualquer serviço ligado a órgãos públicos, que fosse voltado para o atendimento dessa clientela na comunidade, também não era oferecida nenhuma continuidade do tratamento realizado nas instituições fechadas, portanto após a alta, o usuário era devolvido a comunidade sem uma seqüência estruturada que o ajudasse na manutenção da abstinência, favorecendo assim a continuidade do uso da substância no meio ao qual ele era reinserido.

O NAPS-F surgiu como forma alternativa de tratamento não segregatório, com o propósito de servir como uma ponte entre o sistema fechado e a comunidade. Esse novo sistema de atendimento buscou reorganizar a sistemática de tratamento, visto que Ribeirão Preto necessitava de um local adequado e especializado para atender especificamente essa clientela e responder á demanda da comunidade, ou seja, o grande número de usuários ou familiares destes, que buscava outros serviços para este fim. Os serviços de saúde não especializados estavam sobrecarregados, não dispunham de equipe profissional capacitada e nem de espaço físico suficiente para atender a essa demanda. Isso gerava sérios atritos entre os profissionais, os usuários e os familiares os quais necessitavam de uma solução imediata para o

problema, visto que se sentiam desamparados e impotentes mediante tal situação.

A criação deste serviço ocorreu a partir da assessoria técnica acordada entre a Coordenadoria de Saúde Mental do Município com o Programa de Orientação e Atendimento a Dependentes, (PROAD) que propuseram e forneceram as bases (capacitação profissional e integração de programas) para a implantação de uma rede de assistência e prevenção para o município e culminou na criação do serviço NAPS-F. O qual tem como proposta a ressocialização, cuja opção terapêutica busca proporcionar ao usuário um serviço intermediário, para evitar a institucionalização e prevenir a cronificação do problema, favorecendo a transição pós - internação de um serviço de desintoxicação física, a continuidade da abstinência, o acompanhamento e a prevenção de recaídas e conseqüentemente o abandono do tratamento.

Quanto ao funcionamento

O horário de funcionamento do serviço proposto a princípio, é de segunda a sexta-feira das 8:00 às 17:00, posteriormente se estendeu de segunda à Quintas- feiras das 8:00 às 21:00, e de sexta- feira

das 8:00 às 17:00 e nos finais de semanas o usuário é encaminhado aos serviços de emergência da rede de saúde do município.

A proposta da criação do NAPS-F foi para atender a demanda de usuários e dependentes de drogas, em um programa de permanência parcial diurna com um total de 45 vagas por dia, sendo 15 no período matinal, 15 no período da tarde e 15 clientes em período integral, de acordo com a Portaria Ministerial número 224 de 29 de Janeiro 1992.

Para o usuário de drogas fazer uso do programa durante um período de 4 ou 8 horas diárias, foram estabelecidos pela equipe multidisciplinar critérios diferenciados entre os programas; por exemplo: para a permanência no programa de 8 horas o paciente deveria apresentar comprometimento intenso dos vínculos social ou mostrar que quase todos os vínculos são circunstanciais à farmacodependência, isto é, grande parte do tempo deste usuário é destinado ao ambiente com colegas de bar ou do tráfico.

Evidências de diminuição da capacidade produtiva e adaptativa (não trabalha ou estuda, ou interrompe essas atividades com frequência devido ao uso, também foram um critério importante. Da mesma forma os indícios recentes de tendência auto/heteroagressiva sem história previa.

A presença de patologias mentais, tais como quadros psiquiátricos importantes, secundários ao uso ou em comorbidade, que requer atenção psicossocial mais intensa, como limitação de qualquer natureza e a exigência cuidados assistenciais nas atividades diárias. Bem como, a história recente de compulsão acentuada ao uso de drogas (com perdas emocionais e materiais), e finalmente o prejuízo do estado clínico geral ou restrição psicomotora, consistem em indicadores sugestivos da necessidade de inclusão no programa de 8 horas.

Já no programa de permanência parcial de 4 horas tanto no período matinal ou no período da tarde, baseia-se no estabelecimento de critérios indicadores de situações menos graves.

A esse programa são encaminhados usuários com comprometimentos moderados dos vínculos não circunstanciais à farmacodependência, as vezes interrompidos devido ao uso. Também tem indicação aqueles cuja capacidade produtiva/adaptativa ocasionalmente mostra-se prejudicada, ou seja, há a interrupção temporária do trabalho ou da escola pela compulsão. Ou ainda, para quem a existência do uso de substância, compromete as atividades da vida diária, como o cumprimento de horários, compromisso com o trabalho, com a escola e outros.

Os interessados ao chegarem no serviço, sejam encaminhados pela rede pública ou pôr demanda espontânea, preenche um questionário de identificação e são encaminhados ao grupo de acolhimento. O grupo de acolhimento consiste na porta de entrada do sujeito no tratamento, permanecendo nesse grupo por um período de 3 a 4 dias. Após esse período, faz um contrato no programa sendo-lhe designado um profissional de referência que deverá acompanhá-lo em relação à eficiência do contrato, e a assiduidade e o compromisso com o tratamento. A decisão e a forma de participação do usuário no programa terapêutico são decididas após a reunião da equipe. Ainda, para participar do programa, o usuário é esclarecido a respeito das regras, não podendo ter mais de três faltas consecutivas ou cinco alternadas sem justificativa prévia, ou transgredir as normas da instituição. O objetivo do programa terapêutico a ser oferecido não estaria centrado na abstinência. Todavia o caráter de participação voluntária é um ponto central para a inclusão nesse programa, desde que tenha condições de participar sem causar impedimentos ao grupo na abordagem de assuntos emergentes dos participantes e na reflexão dos mesmos.

No programa desenvolvido, predominam as atividades grupais contando com a participação de toda a equipe constituindo –se pelas seguintes atividades: grupos de acolhimento, familiares,

adolescente, psicoterapia, prevenção DST/AIDS, oficinas de jornal vivo, relaxamento, literária, culinária, recreação musical e atividades físicas. Os grupos são coordenados por dois técnicos de nível superior, sendo que ao término dos grupos os responsáveis se reúnem para uma discussão dos casos.

O grupo de acolhimento tem como característica o não possuir um número definido de usuários, pois depende da procura dos clientes no dia, sempre em horários definidos (permitindo-se um atraso máximo de 10 minutos). Alguns dias da semana é oferecido em dois períodos (manhã e tarde). As exigências para a participação dos usuários nesse grupo são muito baixas, basta estar no horário do grupo e ter condições emocionais e orgânicas para permanecer.

A participação nos demais grupos ou oficinas ocorre de acordo com a necessidade do usuário, após ser avaliado pelo profissional de referência, em comum acordo com a equipe, seguida de triagem médica individual, para avaliar as suas condições mentais.

O acompanhamento individual consiste em Psicoterapia Individual (centrada na condição do indivíduo a tomar consciência da sua doença), avaliação psicodiagnóstica, acompanhamento psiquiátrico, medicamentoso e visitas domiciliares, dependendo da avaliação feita

pela equipe. Para tanto, é necessário que o usuário esteja participando do programa.

Quanto a Equipe Técnica

A equipe técnica é composta pôr 12 profissionais de nível superior, e 5 profissionais de apoio, sendo que estes profissionais são contratados pelo hospital, portanto sua inserção no serviço não estava vinculada a concurso público. A equipe de trabalho está composta por enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeuta ocupacional, professor de educação física, auxiliar de enfermagem, secretária e serviços gerais, os quais procuravam trabalhar de maneira interdisciplinar. As atividades desenvolvidas pela equipe de apoio consistiam em trabalho de recepção, encaminhamento e orientação dos usuários para os grupos, além de procedimentos de enfermagem como: administração de medicamentos no horário de funcionamento do serviço, verificação de peso, controle da frequência dos pacientes no programa, sendo ainda responsáveis pela reposição de medicamentos e a participação nas reuniões semanais de discussão de casos.

A equipe técnica do NAPS_F tem uma reunião de supervisão dos casos da qual participam todos os profissionais no

período de trabalho de cada equipe (manhã, tarde) e tem uma reunião geral das equipes na qual são discutidos os casos mais emergentes da semana e as condutas a serem tomadas para uma melhor adaptação do tratamento ao usuário.

Recursos Financeiros.

- Os recursos financeiros são obtidos de verbas oriundas do SUS (Sistema Único de Saúde) de acordo com o número de procedimentos realizados no serviço e pago através da tabela vigente pôr procedimentos ambulatoriais. Além de receber uma complementação da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, destinado ao pagamento dos funcionários e despesas em geral, porém, não há recursos do hospital fixados para as oficinas.

5 ANÁLISE DOS RESULTADOS

Para análise e discussão dos resultados, os mesmos serão apresentados em sete tópicos, obedecendo a seqüência em que as questões foram apresentadas aos coordenadores de serviço em dependência química na ocasião de sua implementação.

1 Características gerais dos serviços

Serviços ano de implantação órgão mantenedor tempo de funcionamento n de usuário/dia horário

1	1990	Universidade	12 anos	40	8 hs
2	1994	Universidade	08 anos	60	8-11 hs
3	1996	Público/privado	06 anos	60	8-11 hs

No que se refere à identificação dos serviços, observa-se que todos os serviços foram implantados na década de noventa. Apresentam como finalidade atender populações específicas, ou seja, de usuários de droga ou álcool que não podem ser atendidos em ambulatório de Saúde Mental, o qual que não mais os comportava e não foram estruturados para esta finalidade, gerando assim a necessidade do atendimento dentro de Instituições Universitárias ou em serviços privados com convênio públicos.

A criação de serviços na década de 90 pode ser explicada devido às mudanças nas políticas de saúde mental, com o movimento da reforma psiquiátrica, que levou ao fechamento de hospitais psiquiátricos ou redução de vagas para a internação, muitas delas ocupadas por pacientes alcoolistas.

Isso tornou visível a demanda dessa clientela. Mais recentemente houve o favorecimento político-administrativo do Ministério da Saúde, incentivando através de leis e portarias específicas, a realização de propostas de serviços para o atendimento às dependências químicas, bem como, de cursos para a formação de profissionais especialistas para trabalhar com essa clientela.

Dos serviços estudados todos eles funcionam em média oito horas por dia, podendo estender-se em alguns casos em até onze horas por dia, em dias alternados da semana. É importante ressaltar que ocorre uma semelhança entre os serviços estudados, pois, nenhum deles atendem a clientela nos finais de semana. Em caso de necessidade tais como intoxicação aguda por droga, surto psicótico induzido por drogas e recaída, os usuários são encaminhados aos serviços disponíveis da rede municipal de saúde.

Salienta-se que foi o que revelou uma dinâmica de trabalho mais ágil pela oferta de grupos diversificados (conforme a

substância usada e o sexo) além de oferecer um suporte ao paciente desde o início e prevendo acompanhamento, que gradativamente vai se distanciando na medida em que o paciente conquista sua auto-confiança. Além disso, o serviço expandiu-se para a comunidade, criando uma extensão num bairro da periferia de São Paulo. Portanto sua atuação não restringiu-se ao espaço do serviço nem aos profissionais lotados no mesmo, pois foram agregados ao programa de atendimento pessoas da comunidade. O serviço oferecido pelo NAPS-F mostra-se administrativamente bem estruturado em termos de rotinas de atendimento e tem como aspecto digno de nota o fato de não exigir a abstinência do usuário, condição que é abordada individualmente nos outros serviços. Entretanto durante as entrevistas, foi percebido que embora houvesse essa exigência, as equipes não se mostravam tão inflexíveis na prática.

A clientela atendida pelos serviços compõe-se de pacientes crônicos ou agudos, de ambos os sexos, crianças, adolescentes e adultos, prestando assistência ainda às famílias, através de grupo de família, mesmo que o usuário não esteja participando do tratamento.

2 Necessidade de implantação de serviços para atendimento aos usuários de álcool e drogas

Os serviços de atendimentos aos usuários de álcool e drogas foram criados, na visão das pessoas chaves, principalmente pela ausência de serviços que oferecessem um bom atendimento a essa clientela:

"...A Coordenadoria de Saúde mental do Município solicitou uma avaliação do PROAD (Programa de Orientação de atendimento a Dependentes) da Escola Paulista de Medicina para fazer uma avaliação dos serviços de saúde mental aqui em Ribeirão Preto. A partir dessa avaliação, eles perceberam a necessidade da implantação de um serviço que atendesse os usuários de álcool e drogas. Porque percebeu que no município não existia um tratamento específico para essa clientela, eles eram encaminhados para a Unidade de Emergência na Psiquiatria e depois internados em Hospitais Psiquiátricos comuns, tanto para psicóticos como farmacodependentes, e depois não tinha um serviço ambulatorial para suprir essa demanda que retornava da internação". (Suj.3)

O mesmo aparece relatado no diálogo do trecho a seguir, cujo entrevistado faz o reconhecimento de que a implantação desse serviço foi corrida:

"... hoje em dia porque quando a gente começou a implantar a coisa foi muito corrida, assim a gente não tinha muito tempo para pensar, mas existiam duas grandes necessidades, uma delas era o fato de que os serviços de saúde mental ambulatorial já existentes da prefeitura que era o NAPS1, o Ambulatório Regional de Saúde Mental e o Serviço de Saúde Mental do Centro de Saúde Escola da rua Cuiabá, uma das questões que as equipes sempre traziam era a dificuldade de atender simultaneamente quem tinha problemas com álcool e drogas primariamente com pacientes, cujos problemas psicológicos, transtornos mentais eram de outras naturezas, as equipes traziam que era muito difícil você conciliar esses dois tipos de atendimentos juntos". (Suj.4)

A percepção da não existência de serviços especializados foi manifestada pelo entrevistado que se reportou à criação do UNIAD, acrescentando ainda que os serviços existentes estavam muito centrados no médico.

"...Percebemos que tinha uma falta de serviços para usuários de drogas em São Paulo e a maioria eram serviços só com médicos". (Suj.1)

O relato do próximo entrevistado mostra que o atendimento ao usuário de substâncias psicoativas sempre foi oferecida nos serviços de saúde disponíveis à população:

"...Essa atividade sempre existiu dentro do ambulatório de Saúde Mental, até os anos 90 ele era um programa em que a maioria dos profissionais fazia atendimento de usuários de droga e álcool. O pronto atendimento era dentro deste serviço também, então todos da equipe acabavam atendendo esta demanda. A partir da década de 90, há uma reestruturação administrativa dentro do departamento da própria Faculdade e aí o ambulatório sofre uma divisão por áreas de atendimento e se cria especificamente o serviço de álcool e drogas, assim nasce especificamente dentro do ambulatório". (Suj.2)

Essa fala é indicativa de que o atendimento a esse usuário de álcool e drogas ocorria em ambulatório de saúde mental e que com o tempo houve a necessidade de separar essa clientela.

Portanto os três entrevistados mostram semelhanças no que se refere à motivação para criar um serviço específico para o usuário de álcool e drogas.

Todavia na criação desses serviços algumas peculiaridades são mostradas a seguir:

“...Na criação do NAPS-F, e foram pesquisados alguns equipamentos que poderiam ser implantados e dentro dos serviços de saúde mental do município, o Sanatório Espírita São Vicente de Paulo era o que tinha o espaço físico adequado para estar implantando e tinha uma equipe técnica mais ou menos satisfatória e foram capacitados pelo PROAD, incluindo também outros funcionários da rede municipal, e também mostrou-se uma unidade de desintoxicação para D.Q. no Hospital Psiquiátrico Ribeirão Preto, então foram essas as necessidades de implantação no início, lembrando que Ribeirão fazia parte da rota do narcotráfico, o número de casos de AIDS para cada 100.000 habitantes, Ribeirão estava em quinto lugar, o índice de criminalidade relacionado ao uso de drogas era grande”. (Suj.3)

Neste caso, além da carência de serviços, outros indicadores "pressionavam" a criação do serviço: a rota do narcotráfico, o número de casos de AIDS e a criminalidade associada ao uso de drogas. Isso certamente influenciou as autoridades políticas no sentido de buscar um local adequado para a instalação do serviço com a finalidade de atender esse grupo. Além disso, considerou-se a existência de uma equipe "satisfatória" nesse local, a qual recebeu treinamento especializado de um grupo de especialistas externos.

Já no serviço da capital, houve primeiramente, uma motivação pessoal do coordenador que captou recursos da agência de fomento à pesquisa. Como o mesmo possui capacidade técnica e científica na área, demonstra uma visão mais ampla a respeito das funções de um serviço de atendimento:

"... em 1994 depois de terminar o meu doutorado na Universidade de Londres, ...consegui uma bolsa do CNPq para montar uma linha de pesquisa na área de drogas em SP. A gente queria fazer 3 coisas: 1- montar um serviço clínico baseado nos serviços da Inglaterra (uma equipe multidisciplinar e especializada no tratamento de álcool e drogas baseada na comunidade); 2- iniciar programas de ensino

para estudantes e profissionais na área de dependência química e 3-montar um grupo de pesquisadores para fazer pesquisas na área de DQ... (Suj.1)."

Portanto havia uma proposta ampla que previa a criação de serviços com as finalidades de atendimento a população, capacitação de estudantes e profissionais das áreas da saúde e de desenvolvimento de pesquisas.

3 Modelo assistencial adotado pelos serviços

As entrevistas dos quatro participantes forneceram uma visão a respeito do modelo assistencial adotado pelos três serviços. O PAUSA, por exemplo, veio de uma tradição ambulatorial nos moldes de ambulatório de saúde mental e que por força da especificidade da clientela, acabou separando o atendimento dos usuários de álcool e drogas dos demais clientes do serviço, embora ainda inseridos no mesmo local. A assistência realiza-se a partir da motivação do indivíduo, pois somente a partir disso é possível envolvê-lo no tratamento, responsabilizando a ele e seus familiares pelo que o entrevistado denomina de autocuidado. O trecho de sua fala demonstra o exposto:

"...a partir de 90 nós começamos a trabalhar com o modelo do "auto-cuidado", quer dizer, nós fazemos o atendimento, temos que fazer a desintoxicação domiciliar, nós usamos muito pouco a internação, ela é reservada para aqueles casos mais complicados com co-morbidade, 90% dos nossos pacientes tem que fazer desintoxicação domiciliar, tendo a família que olhar, se trabalha, se

faz todo um trabalho de orientação para que essa família possa ajudar este sujeito nos primeiros dias, e a idéia de auto-cuidado ela surge porque é factível para a pessoa pode realizar, não existe nenhuma mão de obra, nenhum conhecimento extra, a não ser a motivação...”(Suj.2)

Durante a visita a esse serviço, o entrevistado forneceu dados adicionais a respeito do modelo que norteia a assistência, ficando claro que seguem pressupostos da teoria cognitivo-comportamental e que a ênfase é efetivamente na mudança do comportamento que o indivíduo foi adquirindo no decorrer do uso habitual da substância psicoativa.

A proposta de fomentar o auto-cuidado parece estar atrelada a referências utilizadas na saúde pública e na própria enfermagem (por exemplo, a teoria de Oren), talvez, por isso o entrevistado comente a dificuldade do médico em adaptar-se a formas de atuar diferentes das preconizadas pelo modelo médico.

“... se o sujeito estiver motivado, então nós estamos tentando trabalhar com orientações de autocuidado com os pacientes, tentando sistematizar isto, os outros profissionais, principalmente os médicos, têm dificuldade de atender esta prática, eles têm o modelo médico...”(Suj.2)

A UNIAD tinha como propósito principal atender uma demanda grande de pacientes:

“...a gente queria atender um número grande de pacientes. Percebemos a necessidade de atendendo casos novos quase todo os dias da semana, com acesso rápido ao tratamento e programa de tratamento de tempo limitado e com atendimento individual e em grupo. Assim, a gente queria atender pelo menos 100 pacientes por semana...”(Suj.1)

Nessa perspectiva os pressupostos da teoria cognitiva encaixam-se perfeitamente com os anseios do serviço. Além da adesão a esse referencial, seria necessária a participação de outros profissionais de saúde (não exclusivamente médicos), que dessem conta do volume de pacientes, já que a prioridade era o atendimento comunitário. A fala a seguir exemplifica as abordagens utilizadas no tratamento:

*"...A gente queria usar o modelo multidisciplinar. A avaliação inicial padronizada que cada profissional usaria. Atendimento por uma equipe multidisciplinar. Usando princípios de prevenção de recaída, entrevista motivacional e atendimento médico quando indicado. Atendimento individual e em grupo. Atendimento para familiares".
(Suj.1)*

O NAPS-F mostra uma proposta terapêutica, teoricamente, diferente daquela seguida pelos outros dois serviços. A entrevista com o sujeito 4, explicita as razões para haver essa diferença:

"...primeiro que o serviço é de referência para farmacodependência que atue num determinado território e que é um serviço público, ele teria que ser daquilo que nós chamamos de baixa exigência, o que quer dizer baixa exigência? – ele não podia ter muitos critérios de exclusão, ou seja, não pode ser um serviço por exemplo, só entra no serviço quem quiser se tratar fazendo abstinência do uso da substância, ou só pode vir no serviço quem quiser se tratar ficando aqui o dia inteiro (...) um serviço muito amigável para as pessoas, que fosse flexível e se adapta-se às necessidades das pessoas que o procurassem (Suj.4).

Nessa expressão fica claro que a abstinência da substância constitui uma exigência a priori para ser inserido no tratamento. O relator enfatiza a necessidade de ser flexível e não estabelecer critérios de exclusão. Nesses termos, na época da criação do

serviço, apenas um modelo teórico possuía esses predicados e vem a ser o exposto pelo Suj.3 na seguinte fala:

"...O modelo foi baseado no PROAD, e a linha do trabalho seria a Psicodinâmica, onde incluiria grupos terapêuticos, oficinas terapêuticas, os grupos de acolhimentos que são a porta de entrada pro tratamento, atendimento clínico psiquiátrico, psicoterapia individual, sendo que a abstinência não era o ponto central do tratamento, isso de alguma forma poderia acontecer por acréscimo, mas era abordado a questão do indivíduo, a relação que ele fazia com essa substância e tentar trabalhar estas questões, do indivíduo, pensando assim no sujeito em primeiro lugar" (...) "no modelo (psicodinâmico) o sujeito é levado em consideração, ele não é mais um e o tratamento é abordado para cada caso, apesar de ter todo um perfil, um programa terapêutico já montado ele é direcionado para cada sujeito, dependendo das necessidades do que ele identifica" (Suj.3)

Nesta fala aparece evidente a influência do grupo que fez o treinamento do pessoal, cuja a prática fundamenta-se na psicanálise, teoria centrada no indivíduo, na sua dinâmica interna e no significado que ele atribui às coisas. Por isso, o entrevistado enfatiza as questões individuais e um atendimento que atenda às necessidades de cada usuário.

Dificuldades encontradas na implementação dos serviços

Tanto a UNIAD como o PAUSA, fizeram referências a dificuldades vinculadas à equipe assistencial.

"...primeiro foi a falta de profissionais treinados. Acabamos treinando nossa própria equipe..".(Suj.1)

Como se tratava de profissional especializado, houve a possibilidade de selecionar e capacitar a equipe que trabalharia no serviço.

No PAUSA, a dificuldade é de outra natureza:

"A dificuldade é de as pessoas formarem uma equipe multiprofissional " (Suj.2)

Isto é explicado em outro trecho quando o entrevistado refere-se ao grupo prestador da assistência:

"...hoje quem toca este serviço enquanto responsáveis é um enfermeiro e um médico psiquiatra, temos toda um equipe formada de residentes, de aprimorando de saúde mental da FUNDAPE, os dois cursos de graduação e pessoas que nos procuram voluntariamente para fazer atividades lá (...) a dificuldade hoje é assim, uma equipe extremamente reduzida, se tivesse mais pessoas quem sabe ficaria mais fácil" (Suj.2)

Portanto, há apenas dois profissionais fixos, os demais são elementos que estão em formação, portanto, de passagem pelo serviço. Talvez por isso ele entende que constitui uma equipe reduzida, além de não contar com profissionais específicos para o programa e cuja atuação é de grande importância.

"...uma assistente social e uma psicóloga eu não tenho..." (Suj. 2)

Devido à configuração do serviço, o entrevistado tem a percepção de que tem trabalho em excesso.

"...Há uma sobre carga e essa é uma grande dificuldade, por que te sobra muito pouco tempo par fazer pesquisa, levantamento de nossos atendimentos. Nos damos aulas, nos prestamos assistências também né, quer dizer a coisa é muita apertada, muito corrida". (Suj.2)

A grande questão reside no fato de estarem inseridos como um programa, num ambulatório de saúde mental, tendo que cobrir as duas clientelas, os doentes mentais e os usuários de álcool ou drogas (com ou sem transtornos mentais), convivendo num mesmo espaço físico.

Esse aspecto também foi identificado como uma dificuldade inicial na ocasião em que a UNIAD foi implantando:

"...Depois foi a falta de espaço. No início o serviço foi localizado no ambulatório de psiquiatria. Depois conseguimos uma casa e o serviço cresceu (su. 1).

O relato mostra que a vinculação ao ambulatório de psiquiatria trouxe problemas e que o serviço somente cresceu quando conseguiu um espaço próprio.

Mais recentemente, os coordenadores do PAUSA, aproveitando as diretrizes políticas do Ministério da Saúde, incentivando a criação de CAPS-AD, enviaram proposta de criação de serviços

especializados, com previsão de equipe específica, sendo contemplada por este órgão do governo.

Quanto ao NAPS-F, os dois entrevistados mostram aspectos diferentes do serviço. Enquanto um se atém mais a questões políticas, o outro centra-se nas operacionais. No caso o primeiro fornece alguns dados relativos ao processo de criação dos serviços, no tocante a como ocorreu a vinculação de um serviço filantrópico subsidiada pelo governo municipal.

"...isso iria ser feito diretamente pela Prefeitura, que dizer, seria um serviço próprio da Prefeitura, ia ser um serviço de alguma maneira terceirizado, que dizer, a Prefeitura iria pagar alguém para fazer isto e a questão de como você iria selecionar as pessoas pra fazer este serviço e pra fazer o treinamento. A decisão que se acaba tomando por isso é conversando com o Sanatório Espírita Vicente de Paulo de Ribeirão Preto e propondo a troca de um determinado número de leitos hospitalares (Psiquiátricos) e o dinheiro que era desses leitos fosse reservados para montar esse serviço, numa tentativa inclusive de ser o primeiro passo pro Vicente de Paulo deixar de ser hospital. Nesse aspecto foi importante, foi garantir para a Instituição que todo mês esse dinheiro que seria o equivalente ao número de internação, ele receberiam pra fazer atendimento do NAPS-F. Os contratos com o NAPS-F não foram contratos de produção conforme a tabela do SUS, tantos atendimentos vai receber tanto" (Suj. 4)

O trecho pressupõe o entendimento de que se tratou de uma decisão política, pois ao invés da Prefeitura do Município criar um serviço próprio, ela terceirizou, comprou o serviço, na base da troca por leitos de atendimento, embora ficassem isentos dos contratos de produção, pelo menos num primeiro momento, pois nas gestões de

prefeitos subseqüentes, que não haviam participado do processo, os problemas começaram aparecer:

"...começaram haver problemas no sentido em querer pagar o NAPS-F por produção e aí os valores iam começar a cair, tanto que a Instituição não teriam como se manter e o NAPS-F ficou em alguns momentos quatro a seis meses sem receber" (Suj.4)

A criação do serviço ocorreu anexa a um hospital psiquiátrico, muito antigo na cidade e reconhecido pela população como uma instituição para doentes mentais, por isso não tinha prestígio na comunidade em geral e entre os meios de divulgação local. Uma das dificuldades assinaladas por um dos entrevistados em sua fala:

"...inicialmente o serviço não era conhecido, e eu acredito que até hoje ainda falta divulgação do serviço em Ribeirão Preto". (Suj.3)

As razões atribuídas por ele a esse fatos são pontuadas a seguir:

"...uma das outras questões era a localidade, não era na região central e as pessoas tinham dificuldades para estar chegando pela dificuldade financeira dessa clientela, os usuários de drogas e álcool na maiorias das vezes não têm vínculo familiar, não têm emprego e nem uma condição financeiro para estar custeando o seu transporte até o tratamento". (Suj.3)

Percebe-se que a escolha do hospital para sediar um serviço de atendimento aos usuários de álcool e drogas, aparentemente, não levou em consideração os clientes, pois o entrevistado identifica a localização como uma dificuldade, por não ser de fácil acesso aos

interessados e por demandar custos em termos de transportes, ainda mais para uma clientela, sabidamente, de poucos recursos financeiros.

No que se refere às facilidades encontradas o entrevistado que informou sobre o PAUSA relata o seguinte:

"...desde que eu cheguei lá, nunca teve portas fechadas para trabalhar com álcool e drogas até porque sempre foram muito poucas as pessoas que se interessaram em trabalhar com isto, então desde que eu cheguei a gente teve um trabalho a nível de Hospital Geral, de Pronto Socorro e a nível de ambulatório" (Suj. 2)

As facilidades apontadas indicam a abertura para atuar nessa área, porque havia poucos interessados e muito trabalho em todos os níveis da assistência. Como aspecto positivo pode-se dizer que, ao menos, houve receptividade para aceitar a atuação dos profissionais interessados.

Sobre a UNIAD, aparece de maneira bastante evidente a importância do desligamento do ambulatório de psiquiatria, com a obtenção de um espaço próprio, fato que propiciou a visibilidade do trabalho desenvolvido pelo grupo. Isso teve um desdobramento revertido em facilidades:

"... A equipe cresceu cada vez mais. Ficou mais especializada, por exemplo, montamos equipes para jovens, mulheres, usuários de maconha. O serviço tinha um certo reconhecimento entre profissionais. Ficou cada vez mais fácil achar pessoal para trabalhar conosco e começamos a treinar pessoas de outras regiões do país". (Suj.1)

Quanto ao NAPS-F apenas um dos entrevistados relata um aspecto facilitador relativo à implantação do serviço:

"... e apesar de todas as dificuldades e apesar de tudo, foi melhor do que ter sido um serviço próprio da prefeitura, isso devido a facilidade de você selecionar pessoas que estavam realmente interessadas e posteriormente quem não estava interessada pode ser claramente conversado com ele a questão de demissão se não estava bem no serviço. No NAPS-F não aconteceu aquela coisa que freqüentemente acontece em termos de serviço público, que a pessoa entra, descobre que não quer trabalhar naquilo, e fica trabalhando insatisfeito e realizando mal o trabalho e ao mesmo tempo pressionando para ser transferida pra algum outro local que freqüentemente você não tem para transferir". (Suj.4)

Para ele, apesar da vinculação esdrúxula à Secretaria Municipal da Saúde, ela teve o aspecto positivo, a de permitir a composição da equipe apenas com pessoas interessadas nessa clientela.

Evolução do serviço

No que se refere ao alcance das propostas que tinham em mente quando o serviço foi criado, algumas colocações importantes foram feitas.

"... Eu acho que elas estão sendo alcançadas, não tenho uma avaliação formal, isto a gente não fez ainda, mas eu acho que parcialmente pelo menos, hoje eu percebo, principalmente esta equipe que vem para formação, depois da graduação, os residentes e os estagiários da FUNDAÇÃO já com uma preocupação da orientação do auto-cuidado, de escutar mais o paciente e de não querer um programa pré-estabelecido, um pacote que seja assim ou assado. Com os alunos de graduação já é mais difícil, por ser um curto e rápido período que eles ficam com a gente." (Suj.2)

Na percepção desse entrevistado, os ganhos ocorreram principalmente na capacitação dos profissionais de saúde e em menor nível, na formação dos graduandos. Ele nada refere sobre o atendimento ao cliente, talvez por isso considere que as propostas não foram totalmente atingidas.

O comentário sobre a UNIAD revela que o entrevistado não teve dúvidas:

"...acho que sim" (Suj.1)

Ele foi enfático, mesmo porque ao apontar as facilidades, justamente discriminou os avanços e o sucesso obtido pelo serviço, principalmente enquanto instância formadora de recursos humanos e organizadores de propostas de intervenção com diversos grupos de usuários específicos.

Em relação ao NAPS-F, o comentário de um dos entrevistados, centrou-se nos ganhos que o atendimento proporcionou aos pacientes.

"... A gente percebe que os usuários têm uma qualidade de vida melhor ou pararam de usar a substância na qual eram dependentes retomando seus trabalhos, sua vida normalmente, ou fazer uma escolha por diminuir o uso pensando até em uma visão de redução de danos. A partir do momento em que eles conseguem resgatar a tecla da vida deles que até então eles não viviam, como a relação com a família, escola, trabalho e retomar as relações afetivas. Isto pra gente é muito importante, muito mais do que a pessoa parar ou não de usar determinada substância, da qual era dependente. Então o que a gente percebe que esta clínica é muito difícil . Se a gente for ver a incidência de

recuperação é muito pequena mas pensando na qualidade de vida das pessoas, o que a gente percebe, é que o trabalho dá certo.

A fala reporta-se à melhora na qualidade de vida do paciente e na dificuldade que é trabalhar nessa especialidade, ressaltando que se o profissional enfoca suas expectativas apenas na incidência de recuperação não vai motivar-se para trabalhar com esses clientes, ao invés disso, alerta para voltar-se mais para os resultados obtidos na melhora da qualidade de vida do usuário.

Além disso, seu comentário também registra o fato que diversificaram a assistência para outros clientes e ampliaram o horário de atendimento; razões também apontadas para considerar que as propostas iniciais foram alcançadas.

"... Eu acredito que sim, inicialmente o NAPS atendia só adolescente e adulto, hoje em dia este atendimento já foi incluído para crianças também, atendendo crianças, adolescente e adulto e o horário de funcionamento era somente no período diurno desde 1998 o NAPS começou atender de Segunda a Quinta feira até as 21 horas". (Suj.3)

Análise crítica e sugestões dos entrevistados referentes ao atendimento a usuários de álcool e drogas

A última questão feita aos participantes do estudo teve a intenção de propiciar um momento para expressarem-se livremente. Essa

estratégia foi oportuna uma vez que forneceu dados adicionais a respeito da visão desses sujeitos sobre a realidade que vivenciam tão de perto.

Os comentários feitos abordam a questão do atendimento ao usuário, desde uma perspectiva mais restrita ao aspecto técnico e organizacional, até o enfoque político e social.

A fala do sujeito 1 exemplifica, através das sugestões fornecida, a visão do atendimento no âmbito do assistencial e da organização dos serviços.

As equipes deveriam ser multidisciplinares com os profissionais tendo uma certa independência clínica. Não deveria ser um serviço muito medicalizado, mas os médicos têm um papel importante. O serviço deve ser inovador, tentando experimentar com novos modelos de tratamento. O vínculo com atividades clínicas, de ensino e pesquisas é muito importante, porque estimula os profissionais e atrai pessoas ao serviço. (suj. 1)

O comentário manifesta sua opinião a respeito de como entende que o atendimento deve ser realizado, enfatiza a multidisciplinaridade, o não centrar-se excessivamente na medicalização e incentiva a criatividade no sentido de ousar na criação de novos modelos de tratamento. Além disso, salienta a importância da pesquisa como um fator de estímulo e atração de profissionais.

Por outro lado, a exposição do sujeito 4, percebe a questão de maneira abrangente, mas também centrada no serviço. Ele

inicia mencionando o problema dos recursos financeiros para a sustentação do serviço e do treinamento do pessoal.

"...Eu acho que você precisa na realidade de financiamento, você precisa ter recursos e você precisa treinamentos de pessoal". (Suj.4)

Dando continuidade, ele aborda algumas necessidades através do exemplo de um serviço:

"...então por exemplo, em relação ao NAPS-F especificamente, eu acho que existe uma demanda importante pra que ele funcionasse aos finais de semana, pelo menos aos Domingos em um horário diurno, pra que as pessoas que estão naquele momento mais difícil de lidar com a dependência mais grave ela possa inclusive nos finais de semana ter esse suporte, essa ajuda, essa é a queixa mais comum. (Suj.4)

O não atendimento nos finais de semana é percebido pelo entrevistado como um problema para os usuários do serviço, sendo inclusive uma de suas queixas.

Em seguida ele assinala a necessidade de criar mais serviços em álcool e drogas no município, levando em consideração o difícil acesso ao serviço existente (NAPS-F):

"...Em segundo lugar, a gente tem que pensar que em uma cidade como Ribeirão Preto, ou você cria mais serviços como o NAPS-F em outras regiões da cidade ou você facilita a chegada das pessoas pro NAPS-F que fica numa região da cidade e a gente vê que varias pessoas que querem se tratar tem uma dificuldade muito grande em termos de recursos de deslocamento, inclusive de não poder abrir mão de algumas horas de trabalho pra ir pra lá, eu acho que poder publico poderia facilitar o subsidio do deslocamento". (Suj. 4)

Na sua compreensão, criar mais serviços teria o propósito de aproximar o atendimento do usuário interessado. Seu enfoque é na dificuldade do indivíduo em dirigir-se ao serviço, porque não dispõe de recursos financeiros para o transporte ou porque exerce alguma função laboral que dificulta seu comparecimento nos horários previamente estipulados pelo serviço. Em nenhum momento ele faz alusão à necessidade de mais serviços em função do número de habitantes da cidade. Segundo o mesmo o "poder público poderia subsidiar o deslocamento do usuário até o serviço".

A última parte do seu relato menciona a necessidade de parcerias, especificamente com grupos religiosos ou de auto-ajuda:

"...fazer mais parcerias com instituições de auto-ajuda, por mais que a gente tenha crítica em relação a algumas dessas Instituições, na minha percepção a gente teria de alguma maneira, estimular o crescimento de Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, Amor Exigente e até, eventualmente, através de algumas dessas entidades, fazer serviços residenciais de internação, e não serviços de internações hospitalares pra pessoas que precisassem durante algum tempo, pelo menos no começo de um tratamento". (Suj. 4)

Nessa fala, ele reconhece que embora tais grupos sejam passíveis as críticas, eles têm seu valor e desempenham um papel importante, mesmo aqueles pautados em tratamentos que exigem o confinamento, o qual ele entende ser necessário em situações onde o afastamento temporário do indivíduo do seu ambiente se faz necessário.

Para ele, pode haver uma parceria interessante com essas organizações, como uma alternativa às internações hospitalares.

Já o entrevistado 3, acentua alguns progressos em termos de leis e penalidades ao usuário de drogas, embora ainda identifique a presença do preconceito e ressinta-se da falta de apoio e empenho do governo, principalmente no que se refere ao apoio financeiro:

"...hoje em dia, o usuário não vai mais preso, coisa que antigamente não acontecia, ele vai ser encaminhado para um tratamento ou prestar serviço a comunidade, estão vendo o usuário de drogas de uma outra maneira mas o que a gente percebe, é que ainda tem muito preconceito em relação a isto. Os serviços começaram a existir, montou a Secretaria Nacional Anti-Drogas, mas ainda falta um empenho político do governo em estar custeando". (Suj.3)

Entretanto suas críticas não se restringem apenas à questão financeira:

"... O governo dando assessoria, acompanhando este trabalho mais de perto, a gente percebe muitas pessoas acreditando que estes serviços eram o "file" do mercado, começaram a criar muitos serviços particulares com fins lucrativos e isto de alguma forma deturpa a visão que deveria ser dada ao tratamento, então eu acho que deveria haver por parte do governo um empenho maior em acompanhar estes serviços, dar uma assistência àqueles que estão dando certo e não somente criar" (Suj. 3)

Nota-se que o entrevistado sente falta da assessoria e acompanhamento dos órgãos governamentais aos serviços já existentes. Na verdade parece estar reivindicando a fiscalização e controle dos serviços existentes. Pois, conforme assinala, muitos já perceberam o aspecto lucrativo do atendimento a essa clientela, com o qual ele não está de acordo.

A percepção do entrevistado 2, denota através do seu relato, insatisfação com as realizações do serviço:

"...Eu acho que apesar das boas intenções, nós ficamos muito aquém do que a gente poderia estar fazendo, acaba sendo um serviço em que as pessoas têm que nos procurar, nós não conseguimos fazer uma mobilização inter-setorial dentro do município, eu acho que precisa de outros órgãos, outras instituições, quer dizer, parcerias que não existem, comecem a acontecer". (Suj.2)

Ele reconhece as boas intenções do grupo, mas percebe as falhas ou limitações do serviço, destacando o fator da não mobilidade do mesmo e da não penetração na comunidade, buscando as pessoas que apresentam necessidades. Ainda ressenete-se de não ter conseguido criar uma rede atraindo os setores locais, nem estabelecer parcerias, que já deveriam estar implementadas.

Esses últimos itens assinalados são importantes na consolidação do tratamento, segundo sua compreensão:

"... porque só o acompanhamento e o atendimento não garante... a nossa população que já está desqualificada profissionalmente e a gente pede que reestruture seu tipo de vida, que reinsira socialmente, mas o que nós oferecemos para isto? Eu acho que isto é uma coisa muito falha, agora está começando a pressionar a Secretaria da Saúde. O Município também está começando a se preocupar com a questão das drogas, porque até então não havia esta preocupação, estamos começando a pensar num programa de álcool e drogas municipal junto com o poder municipal, esta é uma outra grande dificuldade". (Suj.2)

A carência socioeconômica da população é um obstáculo ao tratamento, pois os profissionais podem estar exigindo atitudes dos

clientes, que dificilmente poderão ocorrer. Seu comentário leva à reflexão a respeito das solicitações que o serviço faz ao usuário, muitas vezes, sem o oferecimento de algo em troca.

Além disso, segundo sua fala, a mobilização do poder municipal ocorre na base da pressão dos acontecimentos.

O último trecho de seu comentário faz um alerta mais dirigido aos profissionais do serviço:

"... você fica só no tratamento oficializado, no tratamento medicalizado, no institucionalizado, o sujeito vai lá, ele é atendido, tem combinações, tem isso tem aquilo, e não conseguimos dar passos diferentes, aí o risco de ficar na tradicionalização, na mesmice de sempre". (Suj.2)

Portando, pode haver um serviço instalado, mas se a equipe mantiver-se presa em atitudes prescritas, como acontece com o atendimento médico e à oferta de medicamentos, mesmo que hajam outras modalidades assistenciais, se não forem adotados esforços criativos, existe o risco eminente de cronificação do serviço, ou seja, pessoas que se acomodaram àquelas normas e procedimentos e não conseguem avançar em direção à alternativas ou propostas inovadoras, questão essa de fundamental importância para o avanço em busca de novas alternativas que vislumbrem o sucesso das equipes que trabalham com o uso e abuso de drogas e álcool.

6 DISCUSSÃO

Realizar um estudo que analisasse junto aos coordenadores dos serviços estudados sobre a implantação do tratamento aberto ao usuário de álcool e drogas, possibilitou observar uma ampla gama de dados, sendo que vários fenômenos revelados neste processo, contribuíram para um novo olhar, buscando entender um pouco mais a implantação destes serviços.

Com este programa entrevistando pessoas chaves, realizamos um estudo de três serviços para o atendimento de usuários de álcool e drogas, situados no Estado de São Paulo, buscando entender o processo de criação e implementação dos mesmos, com o intuito de contribuir de alguma forma com novos serviços que serão implantados. Foram encontrados questionamentos e vários foram os momentos em que sentimos o desejo de explorar e aprofundar as questões que foram surgindo durante a investigação. Entretanto, houve a percepção de que o tema deveria ser estudado aos poucos e este trabalho é uma parte de um todo muito complexo, referente ao tratamento do usuário de álcool e drogas.

Nessa primeira etapa buscamos identificar os serviços e percebemos que os mesmos têm funcionamento e equipe muito similares em serviços abertos, visto que somente no início dos anos noventa essa

população começou a receber novos tipos de atendimento, deixando de buscá-lo exclusivamente em serviços hospitalares na área da psiquiatria, e passando a ter um espaço próprio, apesar de ainda estar localizados no mesmo local dos ambulatórios de Saúde Mental, como mostrou os serviços do PAUSA e NAPS-F, sendo que somente a UNIAD buscou um espaço independente sem utilizar a estrutura previamente montada.

Em relação aos profissionais especializados na área da saúde para trabalharem com usuários de álcool e drogas, os entrevistados encontraram dificuldades em selecioná-los. Isso ficou evidente no relato dos coordenadores do PAUSA e da UNIAD, que precisaram treinar sua equipe para prestar cuidados aos usuários de álcool e drogas, enquanto que no NAPS-F a equipe existente no antigo serviço recebeu treinamento antes de começar atender a população. Na forma de trabalho há um consenso entre os entrevistados sobre a necessidade de trabalhar com equipes multidisciplinares.

Vasconcelos (2000) exemplifica a multidisciplinaridade, como prática ambulatorial convencional, onde os profissionais de diversas especialidades trabalham de maneira isolada, sem cooperação e não trocam informações, a não ser em um sistema de referência e contra-referência dos usuários, situados apenas em uma coordenação administrativa.

Quanto ao modelo a ser implantado, encontramos diferentes modelos nos serviços, sendo que o PAUSA utilizou o modelo do autocuidado, o UNIAD o modelo da terapia cognitiva comportamental e o NAPS-F o modelo psicodinâmico, o que estão de acordo com a literatura específica.

Segundo Bernik (1991), as dependências químicas apresentam muitas dificuldades terapêuticas e o terapeuta deve atentar-se para o fato de que a dependência química não é uma condição circunscrita, cuja a cura pode ser realizada em poucas semanas, não há cura e sim tratamento, o qual por sua vez não deva ser único e padronizado, mas composto de múltiplos tratamentos particularizados e individualizados, de forma que qualquer um deles possa ser melhor do que a não disponibilidade de atendimento.

Outro fator que mereceu consideração por parte dos coordenadores nas propostas iniciais da implantação dos serviços foi à contemplação da legislação vigente, que criou uma nova alternativa de tratamento. O serviço aberto em álcool e drogas, pois além de atender a demanda em local próprio, o serviço tem oferecido recursos na área de ensino e pesquisa, motivando e instrumentalizando os alunos da graduação a promoverem uma maior reflexão da sua prática com este usuário, conforme salientou os coordenadores dos serviços PAUSA e

UNIAD, enquanto que o NAPS-F dedica-se ainda exclusivamente a assistência, apesar de fazer referências importantes nestas outras áreas.

Cabe ressaltar ainda, que nas dificuldades encontradas na implementação dos serviços, os entrevistados do PAUSA e UNIAD citaram que a falta de recursos financeiros e o espaço físico inadequado, não proporcionavam um crescimento do serviço, fatos que a UNIAD resolveu esse problema com a aquisição de um espaço próprio e mais recentemente o PAUSA tem buscado parceria com órgãos públicos, aproveitando –se do incentivo e das novas diretrizes do Ministério da Saúde.

Os entrevistados do NAPS-F salientam que as dificuldades foram questões operacionais de parceria entre um serviço filantrópico e um serviço público, que dificultou a manutenção de repasses financeiros em gestões assumidas posteriormente à implementação do serviço, visto que os novos governantes não mantiveram a mesma política de repasses das verbas, dificultando a manutenção das atividades assistenciais em andamento.

Quanto à análise das facilidades encontradas na ocasião da implementação dos serviços, o entrevistado da UNIAD salientou o fato de que este serviço está separado dos ambulatórios de saúde mental e de hospitais psiquiátricos, fato que propiciou uma maior visibilidade do

serviço e uma melhor aceitação por parte da equipe de trabalho em relação aos clientes e seus familiares.

Na opinião do participante do PAUSA, a falta de profissionais capacitados na área de álcool e drogas e a grande demanda de usuários referente a procura por serviços especializados, proporcionaram uma abertura para a atuação de profissionais que aceitaram trabalhar nesta área, o que de certa forma favoreceu o investimento para a ampliação destes serviços.

Em relação ao NAPS_F apenas um dos entrevistados percebeu facilidades neste processo de implantação de serviços, relatando que dentro da complexidade da parceria entre hospital filantrópico e órgão público, um dos pontos positivos foi à seleção de profissionais que realmente desejava trabalhar na área, sem a necessidade de concurso público.

Sabe-se que a tarefa para este tipo de atendimento aberto não é fácil, pois os usuários de álcool e drogas não são afastados do seu ambiente e o profissional tem que ter a clareza que por várias vezes, vai estar frente a recaída e mesmo da não aderência ao serviço, pois cada sujeito pode estar em diferentes fases motivacionais para o tratamento e não a outro, e que por vezes pode buscar o serviço apenas por pressão de familiares, sem reconhecer a necessidade de tratamento. Diante de tantas

possibilidades, o profissional deve estar preparado e apto a oferecer uma assistência sem se angústias ou recriminações pelo ocorrido, este suporte deveria advir de uma supervisão externa e sistematizada, o que por muitas vezes não ocorre por parte da instituição, devido a precariedade de recursos. A supervisão é uma forma importante de ensino-aprendizagem, possibilitando a equipe suscitar reflexões a partir de situações vivenciadas por ela mesma, permitindo manifestações de sentimentos, que quando detectados e diferenciados, podem favorecer e estimular os sujeitos a estabelecerem novas formas de interação (Mascarenhas, 1989).

Percebe-se que em relação a evolução do serviço, o entrevistado do PAUSA obteve ganhos em relação a capacitação e formação de novos profissionais, mas referiu que ainda pode ser melhorada a questão do atendimento, que deve ampliar seus horizontes saindo de um local estático de trabalho e inserindo-se na comunidade, estabelecendo assim um vínculo mais abrangente e conseqüentemente, uma maior aceitação da relação profissional-cliente.

Já o entrevistado do UNIAD enfatizou que as propostas de evolução do serviço foram atingidas, visto que, a instituição tornou-se uma instituição formadora de recursos humanos em várias regiões do país. Em relação aos entrevistados do NAPS-F a evolução do serviço

deu-se na área assistencial, gerando uma melhor qualidade de vida para o usuário, que possibilitou aumentar o horário de funcionamento do serviço.

Finalizando as discussões, os entrevistados puderam expressar-se livremente suas opiniões em relação aos serviços de álcool e drogas e contribuir com sua vivência, já que estão inseridos bem de perto neste contexto.

O participante do UNIAD mostrou-se enfático em relação a multidisciplinaridade do atendimento ao usuário, salientando a importância de investimentos em pesquisa e ensino, mostrando participar de uma estrutura de ação bem definida, vislumbrando novas alternativas de tratamento.

Na compreensão dos entrevistados do NAPS-F a questão crítica é voltada para o atendimento da clientela também nos finais de semana, uma vez que julga ser necessário este atendimento, caso contrário, o usuário tem que buscar recursos assistenciais na rede de saúde. Além disso, cita a necessidade de criação, através de órgãos públicos, de facilitadores de acesso aos serviços por parte dos usuários, pois na maioria das vezes, os mesmos não possuem recursos financeiros para o transporte.

O entrevistado do PAUSA percebe que houve progresso nestes últimos anos, mas também atribui dificuldades socioeconômicas no atendimento a essa clientela, no entanto, faz uma reflexão crítica em relação a atuação dos profissionais, que em sua opinião podem acomodar-se no seu local de trabalho e não inserir-se na comunidade, não conseguindo avançar em novas alternativas de tratamento e podendo cronificar o atendimento.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Do ponto de vista dos três serviços estudados cabe ressaltar que suas ações têm buscado maneiras de desmistificar a complexidade do uso de álcool e outras drogas em nossa sociedade, e prestar uma assistência qualificada no atendimento do usuário.

Estes serviços têm exercido postura de assistência que valoriza a promoção à saúde, embora cada qual tem vivenciado momentos diferentes em suas trajetórias de assistir o paciente.

É importante salientar que a UNIAD conseguiu alcançar as propostas iniciais, salientando o fato de ter desvinculado sua assistência dos moldes tradicionais de ambulatório de saúde mental e dos próprios hospitais psiquiátricos, criando um espaço próprio, o que possibilitou o crescimento do serviço, diversificando sua atuação, atingindo outras áreas como: pesquisa e ensino, além de proporcionar parcerias com a comunidade, utilizando seus moradores como agente de saúde, supervisionados pela equipe de trabalho.

O PAUSA vem trabalhando ainda nos moldes tradicionais dentro de ambulatório de saúde mental, assistindo paralelamente os usuários de drogas e álcool juntamente com portadores de transtorno mentais, porém seus coordenadores obtiveram um espaço próprio, fora do ambulatório de saúde mental e começaram a selecionar

uma equipe multidisciplinar específica para o atendimento de usuários de álcool e drogas, de acordo com as novas diretrizes do Ministério da Saúde, com isso possibilitou parceria com os órgãos municipais.

Já o NAPS-F oferece serviço de grande relevância na área assistencial no município, atendendo a uma grande demanda de usuários, o que tem absorvido todo o tempo da equipe, porém realiza essa assistência em um espaço hospitalar psiquiátrico, dificultando a adesão de clientes por sentirem-se duplamente rotulados, uma vez, que são usuários de álcool e ou outras drogas e por serem em um espaço hospitalar psiquiátrico.

Buscando nos basear nos padrões que um trabalho científico exige, visto que a problemática de álcool e outras drogas tornou-se um caso de Saúde Pública, os profissionais estarão diante de situações que por vezes não podem ser alterada independente do serviço, a reflexão sobre a problemática não deve ficar presa somente na criação de novos serviços, mas tentar compreender que também é fruto de um contexto socioeconômico, político e cultural.

Diante disso, sugerimos que possa ser incentivado e discutido em um amplo debate com autoridades governamentais, sociedade, usuários e os setores afins, sobre os novos investimentos e a

influência dessa problemática norteando os vários setores produtivos da sociedade.

Quem sabe a partir dessa reflexão poderemos abrir espaço para de discussão, e que o usuário possa se colocar como parte ativa do tratamento ao qual ele se constitui como o maior interessado. E a sociedade possa ter um ponto de partida para a compreensão e reconhecimento de uma situação alarmante ao qual todos nós estamos sujeitos, sendo capaz de identificar o problema e levantar questionamentos para reflexões que podem contribuir com futuras legislações.

Buscamos ainda neste estudo mostrar evidências que embora os novos profissionais tenham disponibilidade interna de buscar compreender melhor a questão de álcool e drogas, ainda são escassos os locais que podem oferecer uma qualificação especializada.

Acreditamos que essa pesquisa possa ser relevante no momento de implantar novos serviços abertos para o tratamento de álcool e drogas, pois possibilitou fazer um diagnóstico de serviços que estão desenvolvendo trabalhos nesta área a cerca de uma década, e os novos serviços possam basear-se na vivencia destes serviços estudados, que apesar das dificuldades enfrentadas até o momento, prestam uma assistência de reconhecida contribuição. Pensamos que ainda existem

muitas questões a ser trabalhadas, buscando novas alternativas de tratamento em parceria com a comunidade para tentar compreender essa problemática bastante complexa.

ANEXO I

Roteiro para Entrevista

I-identificação do Serviço

Nome-

Início do Funcionamento-

Cidade-

II- Como surgiu a necessidade de implantar este serviço na área de D.Q.

III- Qual a proposta inicial do serviço.

a- número de atendimento/semanal-

b- população estimada de cobertura-

IV- Qual era o modelo a ser implantado e porque?

V- Quais foram as dificuldades e as facilidades encontradas na época da implantação do serviço em D.Q.(Burocráticas, Financeiras).

VI-- Você acha que as propostas iniciais da implantação deste serviço foram alcançadas.

VII- Gostaria de fazer algum comentário em relação aos serviços de tratamento na área de Dependência Química.

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente consentimento*, declaro que fui informado(a), de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos a que serei submetido(a) e dos benefícios do presente projeto de pesquisa.

Fui igualmente informado(a):

1. Do direito de receber resposta a qualquer pergunta ou dúvida sobre esta pesquisa, bem como os benefícios e outros assuntos relacionados com a investigação;
2. Da liberdade de retirar o meu consentimento, a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo a mim;
3. Do direito de não ser identificado(a) e ter a minha privacidade preservada;
4. O direito de estar seguro(a) diante das minhas respostas de modo a não sofrer represálias;
5. Da garantia de que não terei nenhuma despesa decorrente da participação da mesma.

Declaro que tenho conhecimento dos direitos acima citados descritos e consinto em responder ao questionário elaborado pelo pesquisador, que subscreve este termo de consentimento.

Nome e assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Data: ____/____/____.

* O presente documento baseado nos artigos 10 a 16 das Normas de Pesquisa em Saúde do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

9 REFERÊNCIAS

BECKER, H. S. **Método de pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994. 178p.

BERNIK, M. A. **Planificação do tratamento de alcoolistas**. São Paulo: Sarvier, 1991.

BERTOLETE, J. M. **Alcoolismo hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 224, 29 jan. 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento hospitalar (SHI). Hospital - Dia, CAPS - NAPS. **Diário Oficial da União**, seção 1, pt.1, p. 29-30, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, 19 de fevereiro. 2002. Estabelece sobre a proteção e os direitos da pessoas portadoras de transtorno mentais e rediciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, seção 1, pt.1, p.24, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD. **Exigências mínimas para funcionamento de atenção a pessoas com transtorno decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas**. Brasília: Presidência da República, 2002. p. 94.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e procedimentos na abordagem do alcoolismo**. Brasília, 1994. p. 61.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programas e projetos. Saúde Mental.** Disponível em: <http://www.saude.gov.br>. Acessado em: 27 Maio 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n° 816/GM. Programa de Atenção comunitária integrada ao usuário de álcool e outras drogas. **Diário Oficial da União**, seção 1, n. 84, p. 29-30, 2002.

BOGDAN, R. C.; BIRTEN, S. K. **Qualitative research for education:** an introduction for to theory and methods. Boston: Allyn & Bacon, 1982.

BUCHER, R. **Drogas e drogadição no Brasil.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BUCHER, R. **Drogas. O que é preciso saber para prevenir.** 5ª ed. Brasília: Fundo Social de Solidariedade do Estado de São Paulo - FUSSEP e Secretaria da Educação - Fundação para o desenvolvimento da Educação – FDE, 1995. p.13-27.

BUCHER, R. **As drogas e a vida:** uma abordagem biopsicossocial. São Paulo: EPU, 1998. p. 8-34.

BRASILIANO, S. **Grupos com drogaditos.** In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 229-39, 1997.

BUKSTEIN, O. G. **Adolescent substance buse:** assessment, prevention and treatment. New York: Wiley - Interscience Publication, 1995.

BLAINE, J. D.; ONKEN, L. S. Psychotherapy and counseling research in drug abuse treatment: question, problems and solutions. In: NIDA. **Research Monograph 14 - Psychotherapy and counseling research in drug abuse**. Rockville: National Institute on Drug Abuse, 1990.

CARLINI, E. A.; NAPPO, S. A.; GALDUROZ, J. C. A cocaína no Brasil ao longo dos últimos anos. **Rev. ABP - APAL**, v. 15, n. 4, p. 121-7, 1993.

CARLINI-COTRIM, B. Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade norte americana. **Rev. ABP – APAL**, v. 3, n. 17, p. 93-101, 1995.

CARROL, K. M.; SCHOTTENFELD, R. Nonpharmacologic approaches to substance abuse treatment. **Med. Clin. North Am.**, v. 4 n. 81, p. 927-44, 1997.

EDWARDS, G.; MARSHALL, J.; COOK, C. H. **O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.

EDWARDS, G.; ORFORD, J.; EGERT, S. Alcoholism: a controlled trial of treatment and advice. **J. Stud. Alcohol**, n. 38, p.104-103, 1997.

FERREIRA, M. et al. **Dependências químicas**. São Paulo: Lemos, 1995.

GALDURÓZ, J. C. F. et al. **Tendências do uso de drogas no Brasil:** síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes do 1º e 2º graus em dez capitais brasileiras. São Paulo: UNIFESP, 1997.

GALDURÓZ, J. C. F.; NOTO, A. R.; CARLINI, E. A. **I levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas.** Parte A: Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo. São Paulo: CEBRID; UNIFESP, 2000.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais? 4ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2000.

GOTI, E. **Abordaje del abuso de drogas desde el consultório, em sistemas familiares.** Buenos Aires: ASIBA, 1994.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. **Transtorno relacionados a substâncias.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAPLANCHE J.; PONTALIS J. B. **Vocabulário da Psicanálise.** Lisboa: Martins Fontes, 1986.

LARANJEIRA, R. Organização de serviços em álcool e drogas. Unidade de pesquisa em álcool e drogas. Disponível em: <http://www.uniad.org.br>. Acessado em: 31 out. 2002.

LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 45 n. 4, p. 191-9, 1996.

LARANJEIRA, R.; NICASTRI, S. **Abuso e dependência de álcool e drogas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996.

LARANJEIRA, R.; PINSKY, I. **O alcoolismo**: mitos e verdades. São Paulo: Contexto, 1998.

LAWSON, G. W.; LAWSON, A. W. **Adolescent substance abuse**. Maryland: Aspen, 1992.

LIMA, M. G. **Avanços e recuos da reforma psiquiátrica no Distrito Federal**: um estudo do Hospital São Vicente de Paulo, Ribeirão Preto. 184 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

LUIS, M. A.V.; TEIXEIRA, A. M. F.; OLIVEIRA, E. R. Atendimento psiquiátrico em um setor de urgência psiquiátricas de um hospital geral no período de 1988 - 1993, na região de Ribeirão Preto - SP. **Rev. Saúde do Distrito Federal**, v. 8, n. 3, p. 17-31, jul/set. 1997.

MASCARENHAS, P. **Supervisão múltiplas visões**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARQUES, F.; DONEDA, D. A política brasileira de redução de danos à saúde pelo uso indevido de drogas: diretrizes e seus desdobramentos nos estados e municípios. In: BASTOS, I.; MESQUITA, F. (Org). **Troca de seringas**: drogas e Aids/Ciência, debate e saúde pública. Brasília: MS., 1998. p.10-8.

MASUR, J. Conjecturas sobre o uso milenar de bebidas alcoólicas. **Ci. Cult.**, v. 30, n. 5, p. 531, 1978.

MASUR, J. **Etiologia do alcoolismo** São Paulo: Sarvier, 1990.

MELLO, R. A.; ANDRADE, F.; D'ELIA, G.; CARVALHO, S. M.; LEITE, M. C. Psicoterapia e dependência. In: LEITE, M. C.; ANDRADE, A. G. **Cocaína e crack: dos fundamentos ao tratamento**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999. p. 279 – 89.

MENEZES, A. C. **A percepção de pacientes psiquiátricos sobre suas famílias: um espelho de dois lados**. Ribeirão Preto. 120 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MILLER W. R.; SOVREIGN, R. **The check-up: a model for early intervention in addictive behaviors**. Amsterdam: Ed Torres, 1989.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde – 10ª revisão**. São Paulo: Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português, 1995.

PACHECO, L. V. **Não pense, acredite e faça:** sobre as estratégias de construção da subjetividade nos alcoólicos anônimos. Belo Horizonte: 310 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG, Belo Horizonte, 1998.

PATTISON, E. M.; BRANDSMA, J. M. **Group psychotherapy (psychoactive substance use disorders-alcohol).** In: American Psychiatric Association. Treatment of psychiatric disorders: a task force. Washington (DC): Psychiatric Association, 1989.

PILLON, S. C. **O uso do álcool e a educação formal dos enfermeiros.** São Paulo. 101 f. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de São Paulo UNIFESP/EPM, São Paulo, 2003.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. F. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

PROCHASKA, J. O.; DICLEMENTI, C. C. **Transtheoretical therapy:** towards a more integrative model of change. Research and practice. London: Lippincott, 1982.

QUEIROZ, M. I. P. **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** São Paulo: Texto, 1987.

RAMOS, S. P. **Grupoterapia para alcoolistas.** In: ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L.C. **et al.** Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p.219 - 27.

REBELLO, F.V. et al. **Levantamento das instituições especializadas em dependência química no Estado do Espírito Santo:** dados preliminares. In ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL, 7 e ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 6. **Anais** São Paulo: EERP-USP, 2002.

ROOM, R. Editor's introduction: the liquor question and the formation of consciousness: nation, ethnicity, and class at the return of the century. **Contemp. Drug Problem**, v. 12, p. 165-72, 1982.

ROSA, A. J. S. **Escutando o dependente de álcool:** uma abordagem compreensiva. Ribeirão Preto. 146 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SANCHES-CRAIG, M. Brief didactic treatment for alcohol and drug-related problems: an approach based on client choice. **Br. J. Addict.**, n. 85, p.169-70, 1990.

SCHETMAN, A. et al. Políticas de saúde mental do Ministério da Saúde. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES DE SAÚDE MENTAL, 4 e ENCONTRO DE ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA, 3. **Anais...** São Paulo: EERP-USP, 1996.

SCIVOLETTO, S. **Tratamento de adolescente usuário de drogas.** São Paulo: Roca, 2001.

SILVA, R. C.; SANTOS, M. A. A intolerância frente à questão das drogas: algumas reflexões. In: BIASOLI-ALVES, Z. M. M.; FISCHMANN, R. **Crianças e adolescente construindo uma cultura da tolerância**. São Paulo: EDUSP, 2001. p. 131–48.

SIMÕES, M.; RIBEIRO, C. M.; LIMA, S. A. Psicoterapia de grupo. In: SILVEIRA-FILHO, D. X.; GORGULHO, M. (Org). **Dependência, compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p.49 – 67.

SOUZA, M.P. Os dependentes no grupo para tratamento de farmacodependentes. In: SILVEIRA-FILHO, D. X.; GORGULHO, M. (Org). **Dependência, compreensão e assistência às toxicomanias: uma experiência do PROAD**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1996. p.69.

TAVARES, B. F.; BÉRIA, J. V.; LIMA, M. S. Prevalência do uso de drogas e desempenho escolar entre adolescente. **Rev. Saúde Pública**, v. 2, n. 35, p. 150–8, 2001.

THIOLLENT, T. **Metodologia da pesquisa-ação**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 1996. p. 108.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987. p. 133–72.

VARGAS, C. M.et al. Assistência de Enfermagem Psiquiátrica nas instituições de saúde da Grande Vitória. **J. Bras. Psiquiat.**, ano 1, n.48, p. 15-9, 1999.

VASCONCELOS, E. M. Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In : ROSA, L. C. et al. (Org). **Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

WOODY, G. E et al. Individual psychotherapy for substance abuse (psychoactive substance use disorders - not alcohol). In: American Psychiatric Association. **Treatment of psychiatric disorders: a task force**. Washington (DC): American Psychiatric Association, 1989.