

**UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO**

**CLÁUDIA FABIANA DE JESUS**

**INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO A TOXICODEPENDENTES:  
EXPERIÊNCIAS NO VALE DO PARAÍBA**

São Bernardo do Campo  
2006

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

CLÁUDIA FABIANA DE JESUS

**INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO A TOXICODPENDENTES:  
EXPERIÊNCIAS NO VALE DO PARAÍBA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, como parte dos requisitos para obtenção do título de mestre em Psicologia da Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende

São Bernardo do Campo  
2006

*(...) As drogas representavam uma via de acesso para um mundo novo a ser descoberto e construído (...). Tudo isso a partir da transformação dos limiares e patamares perceptivos (...) desarticuladas do campo semântico de invenção de “um admirável mundo novo” as drogas foram capturadas pela indústria do narcotráfico, pelas máfias (...). Instalou-se o silêncio metafórico no Imaginário do Ocidente, instituindo-se pois o consumo de drogas, que passaram a ser os meios privilegiados para se lidar com o que há de insuportável em suas misérias psíquicas e com o mal-estar da contemporaneidade.*

*(BIRMAN, 1999)*

### **Dedicatória**

Este trabalho é dedicado a todas as pessoas que diretamente e/ ou indiretamente atuam em dependência de substâncias psicoativas.

## **Agradecimentos**

A Universidade Metodista de São Paulo e toda sua equipe. A todos os professores da UMESP.

A CAPES, pela bolsa concedida, a qual pude concretizar esta meta.

A todas as instituições que trabalham com dependência de drogas bem como os dirigentes, que com muita confiança, disponibilidade e carinho me permitiram realizar esta presente pesquisa.

Aos meus companheiros do mestrado que compartilhei toda essa trajetória.

A minha mãe, Sueli, que esteve muito presente e compartilhou o cotidiano desta caminhada.

Ao meu pai, Nelson, ao meu irmão Pedro e ao meu irmão Clodoaldo. A minha família que tanto prezo e amo.

Ao Marcelo Guidi, pelo carinho, pelas valiosas aprendizagens e pelas vivências repleta de aventuras.

Ao Donizeti de Jesus, pelo grande apoio.

A todas as pessoas que diretamente e indiretamente estavam presentes neste percurso.

E especialmente ao meu orientador Dr. Manuel Morgado Rezende, que com sabedoria e serenidade me acompanhou. Nos momentos de turbulência suas palavras puderam me acalmar e me redirecionar. Pude compartilhar minhas angústias, minhas indagações e minhas conquistas. Agradeço todo seu respeito, sua disponibilidade, seu carinho, sua confiança, seu incentivo e seu saber compartilhado. Minha admiração cresceu ainda mais pelo profissional, pelo orientador e pela pessoa que é. Fui uma orientanda muito privilegiada. Minha eterna gratidão.

**INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO A TOXICODPENDENTES:  
EXPERIÊNCIAS NO VALE DO PARAÍBA**  
148 p.

**JESUS, C.F.**

**Resumo**

Atualmente, verifica-se um aumento de oferta e de procura de substâncias psicoativas, e observa-se um aumento de instituições de assistência a essa demanda. A presente pesquisa aborda as instituições de atendimento a toxicodpendentes no Vale do Paraíba, São Paulo, Brasil e tem como objetivo descrever e discutir o método de atendimento adotado pelas instituições, a partir do enfoque dos dirigentes. Utiliza-se a entrevista semi-dirigida, o método usado é análise de conteúdo e são pesquisadas dez instituições. Predomina a presença de ex-dependentes na equipe e o regime de internação. É marcante a carência de profissionais da área de saúde e de profissionais com formação em dependência química e 60% das instituições são comunidades terapêuticas. Prevalece, como método de atendimento, o trabalho, a disciplina e a espiritualidade. Não há avaliação de resultados e a meta é a abstinência. Há pouco controle sistemático por meio dos órgãos competentes e as instituições não cumprem requisitos indicados para o seu funcionamento. Contudo, mesmo com as dificuldades financeiras, falta de recursos bem como de profissionais qualificados, essas instituições promovem cuidados asilares, alimentação, higiene e adaptação a uma rotina. Dada a complexidade no campo da drogadependência, sugere-se a diversidade de opções de intervenção e de tratamento.

Palavras-Chaves: Abuso de substâncias psicoativas, Centros de tratamento de abuso de substâncias e Promoção de Saúde.

**INSTITUTIONS OF ATTENDANCE THE TOXICDEPENDENTES:  
EXPERIENCES IN THE VALLEY OF THE PARAIBA**

**148 p.**

**JESUS, C.F.**

**Abstract**

Currently, an increase of offers and psychoactive substance search is verified, and observes an increase of institutions of assistance to this demand. The present research approaches the attendance institutions the toxicdependentes in the Valley of the Paraíba, São Paulo, Brazil and has as objective to describe and to argue the method of attendance adopted for the institutions, from the approach of the responsible ones. It is used semi-directed interview, the used method is content analysis and is searched ten institutions. The presence of former-dependents in the team and the regimen of internment predominates. It is marcante the lack of professionals of the health area and of professionals with formation in chemical dependence and 60% of the institutions they are therapeutical communities. It prevails, as attendance method, the work, disciplines it and the espiritualidade. It does not have evaluation of results and the goal is the abstinence. It has little systematic control by means of the competent agencies and the institutions do not fulfill minimum requirements for its functioning. However, exactly with the financial difficulties, lack of resources as well as of qualified professionals, these institutions promote cares to put in a home, feeding, hygiene and adaptation to a routine. Given the complexity in the field of the drogadependência, it is suggested diversity of treatment and intervention options.

Words Keys: Psychoactive substance abuse, Centers of treatment of substance abuse and Promotion of Health.

## **Sumário**

|                                                                                                             |     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 1. Introdução                                                                                               | 8   |
| 1.1. Conceitos: Dependência de Drogas                                                                       | 10  |
| 1.2. Modelos de Tratamento                                                                                  | 13  |
| 1.3. Assistência aos Usuários de Substâncias Psicoativas                                                    | 15  |
| 1.3.1. Abordagens e Intervenções Terapêuticas                                                               | 17  |
| 1.3.1.1. Cognitivo Comportamental                                                                           | 18  |
| 1.3.1.2. Intervenção Breve                                                                                  | 19  |
| 1.3.1.3. Entrevista Motivacional                                                                            | 19  |
| 1.3.1.4. Redução de Danos                                                                                   | 20  |
| 1.3.1.5. Intervenção Familiar                                                                               | 21  |
| 1.3.1.6. Intervenção Grupal                                                                                 | 23  |
| 1.3.1.7. Intervenção Psicanalítica                                                                          | 24  |
| 1.3.1.8. Comunidades Terapêuticas                                                                           | 26  |
| 1.3.1.9. Alcoólicos Anônimos                                                                                | 28  |
| 1.4. As Vicissitudes no Campo da Drogadependência.                                                          | 28  |
| 1.5. Avaliação, Efetividade e Eficácia no Tratamento                                                        | 31  |
| 1.6. Instituição: Promotora de Saúde ou de Doença?                                                          | 36  |
| 1.7. Promoção de Saúde                                                                                      | 39  |
| 1.8. Órgãos Oficiais de Regulamentação dos Serviços de Atendimento à Dependência de Substâncias Psicoativas | 43  |
| 2. Objetivos                                                                                                | 47  |
| 3. Método                                                                                                   | 48  |
| 4. Resultados- Análise Descritiva                                                                           | 54  |
| 5. Resultados- Análise de Enunciação                                                                        | 64  |
| 6. Discussão dos Resultados                                                                                 | 117 |
| 7. Considerações Finais                                                                                     | 132 |
| 8. Referências Bibliográficas                                                                               | 135 |
| <b>Anexos</b>                                                                                               |     |
| Anexo A - Roteiro de Entrevista                                                                             | 145 |
| Anexo B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa                                            | 146 |
| Anexo C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                                        | 147 |
| Anexo D - Entrevistas com os Dirigentes das Instituições                                                    | 148 |

## **1. Introdução**

Na sociedade atual, o uso e o abuso de drogas representa uma temática muito discutida e um problema de saúde pública. A droga, na sociedade industrializada, se tornou epidêmica, transformando-se num sintoma e no mal-estar na civilização (BUCHER, 1989). Os serviços de saúde e a própria sociedade voltam a atenção para a questão da dependência de drogas e criam-se abordagens que vão desde Clínicas de Internação, Tratamento Ambulatorial, Comunidades Terapêuticas, Grupos de Auto-Ajuda, entre outros.

O consumo e abuso de drogas têm se tornado os principais problemas de saúde pública nos países ocidentais, segundo Bucher (1996) e as toxicodependências estão associadas à prevalência de condições médicas, infecções, acidentes e incapacidades ligadas ao consumo e abuso de drogas (FRISCHER; BLOO; GOLDBERG; CLARK; GREEN; MCKEGANEY, 1993).

A WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, (2003) cita que houve aumento de consumo de substâncias psicoativas nas últimas décadas. Segundo Pessini (1999), o tráfico e o consumo de drogas são uma realidade em todos os países latino-americanos e o Brasil não é exceção, funcionando, muitas vezes, como o portão de entrada das drogas e de conexão com o tráfico internacional.

O consumo de tabaco, álcool e outras drogas está presente em todos os países do mundo. Mais da metade da população da Europa e das Américas já experimentou álcool alguma vez na vida e cerca de um quarto é fumante (NIAAA, 1998; WHO, 2000). O consumo de drogas ilícitas atinge 4,2% da população mundial: a maconha é a droga mais consumida, com 114 milhões de pessoas, depois é a anfetamina, com 29 milhões, cocaína, com 14 milhões e os opiáceos, com 13,5 milhões (UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION, 2000).

Através do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) foram levantadas pesquisas sobre o consumo de drogas nos últimos anos, que seguem abaixo. Isso nos faz repensar a importância do estudo em tratamento na drogadependência e no conhecimento das diferentes abordagens, no contexto atual.

O consumo de drogas no Brasil é um problema crescente, principalmente entre os jovens. De acordo com os dados obtidos pelo CEBRID, o uso de drogas e o alcoolismo representam cerca de 20% das internações por transtornos mentais no Brasil. (NOTO; CARLINI, 1995). Em outro estudo sobre levantamento nacional sobre o uso de drogas entre crianças e adolescentes em situações de rua, nas 27 capitais brasileiras, em 2003, realizado

pelo CEBRID, ressalta-se que o consumo de drogas, entre meninos de rua, aumentou consideravelmente.

Outro dado se refere ao estudo sobre internações por transtornos mentais e de comportamento decorrente de substância psicoativa: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999, no qual foram realizadas 726.429 internações, das quais o álcool foi responsável por cerca de 90% e a cocaína e seus derivados foram os psicotrópicos cujas internações mais cresceram no período, de 0,8%, em 1988 para 4,6%, em 1999 (NOTO; MOURA; NAPPO; GALDURÓZ; CARLINI, 2002).

Observa-se que as pesquisas demonstram o maior número de usuários de drogas e ressalta-se que a toxicodependência é um fenômeno que exige intervenções mais precisas, as quais considerem toda a complexidade envolvida.

Pessini (1999) afirma que houve o aumento da oferta e da procura de drogas e acredita-se que, por essa realidade também, houve o aumento das instituições e centros que trabalham com dependência de drogas.

Segundo Carlini, Galduróz e Noto (2002), há a prevalência de uso na vida de álcool, nicotina e outras drogas em um estudo nas 107 cidades do Brasil, com mais de duzentos mil habitantes. Para o álcool, homens 77,3%, mulheres 60,6%; nicotina, homens 46,2% e mulheres 36,3%; qualquer outra droga, mulheres e homens 19,4%. Para a maconha, 6,94%; solventes, 52,8%; benzodiazepínicos, 3,3% e cocaína, 2,3%.

Por meio de fontes científicas, foram levantados os trabalhos referentes a tratamento e dependência de substâncias psicoativas publicados no período de 1995 a 2005. Esse levantamento foi realizado pelo banco de dados da *Scientific Electronic Library On Line* - SCIELO, pelo banco de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde - LILACS, pelo banco de dados da Biblioteca Virtual em Saúde- BVS, pelo banco de dados do Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID e pelo banco de dados da *National Library of Medicine* - MEDLINE/ Pubmed.

Verificou-se por meio do levantamento realizado que há um considerável número de publicações, contudo, nessas publicações levantadas, a partir do banco de dados da SCIELO, da LILACS, do CEBRID, da BVS, e da MEDLINE, há um predomínio de pesquisa com enfoque epidemiológico e um número menor de estudos sobre tratamento em dependência de drogas, com enfoque qualitativo.

A avaliação de tratamentos tem grande importância, pois não há uma modalidade terapêutica que seja superior à outra e, também, há um grande número de técnicas propostas no campo literário. Na avaliação de tratamento, há diferentes aspectos que podem ser

verificados como benefício para os pacientes, para a comunidade, como a satisfação dos pacientes, a abstinência, o custo, a abrangência em relação a diferentes tipos de pacientes, entre outros (CASTEL; FORMIGONI, 1999).

Verifica-se a importância de estudos sobre instituições de tratamento em dependência de drogas para conhecer o método de tratamento, os resultados obtidos e a avaliação sistemática dos recursos teóricos e técnicos utilizados pelas instituições, para discutir suas intervenções.

### **1.1. Conceitos: Dependência de Drogas**

As drogas são conhecidas desde a antiguidade e o seu uso surge em cada lugar, com significados diferentes, e no decorrer da História, estão relacionados desde rituais religiosos, místicos, finalidades médicas, narcotráfico bem como à busca de alívio do mal-estar e de superação do sofrimento.

Utilizam-se tanto os termos: dependência de drogas, adição, toxicodependência, dependência química, usuário de drogas, substância psicoativa como equivalentes e, assim, buscou-se adotar os termos mais usados na literatura científica. Diante da literatura e das diversidades de definição e compreensão do termo dependência de drogas, o presente trabalho prefere adotar ou entender a dependência de drogas como o ato de utilizar a substância psicoativa, a qual deixou de ter uma função social ou eventual, de modo que passou a se tornar disfuncional, descontrolada. Acredita-se que a substância psicoativa é qualquer substância, tanto lícitas como ilícitas, que se utiliza, sem orientação médica, independente da via de administração que, pela ação do sistema nervoso central, altera a consciência, a senso-percepção, a cognição, o humor e a função cerebral.

Por muito tempo, os conceitos de abuso, dependência de substância psicoativa foram sustentados pela idéia de que o comportamento aditivo era devido a uma psicopatologia já existente. A partir de estudos como as características de personalidade, padrões de comportamento, predisposição genética, influência cultural, social e outros, essa visão psicopatológica se alterou. Desenvolveu-se o conceito de uso, abuso e dependência de drogas a partir da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, a qual segue a sua 10ª revisão, elaborada pela Organização Mundial da Saúde e, posteriormente, pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM IV-TR da Associação Norte Americana de Psiquiatria. Em ambos, os conceitos básicos são semelhantes.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM IV- TR (2002), a característica essencial da dependência de substância consiste na presença de um agrupamento de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos, indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela. Existe um padrão de auto-administração repetida que, geralmente, resulta em tolerância, abstinência e comportamento compulsivo de consumo de droga. Um diagnóstico de dependência de substância pode ser aplicado a qualquer classe de substâncias, exceto cafeína. Os sintomas de dependência são similares entre as várias categorias de substâncias, mas, para certas classes, alguns sintomas são menos salientes e, em poucos casos, nem todos os sintomas se manifestam. Embora não seja especificamente relacionada como um critério, a “fissura” tende a ser experimentada pela maioria dos indivíduos com dependência de substância. A dependência é definida como um padrão mal adaptativo de uso de substâncias, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo. Manifesta-se por três ou mais critérios, ocorrendo em qualquer momento, no mesmo período de doze meses: tolerância, definida por necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância, para obter a intoxicação ou o efeito desejado e/ ou acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância; abstinência, manifestada por síndrome de abstinência, característica da substância e/ ou a mesma substância é consumida para aliviar ou evitar sintomas da abstinência; a substância é freqüentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido; desejo persistente ou esforços mal-sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância; tempo gasto em atividades necessárias para obtenção e na utilização da substância ou na recuperação de seus efeitos; abandono ou redução de atividades sociais, ocupacionais ou recreativas em virtude do uso da substância e o uso da substância contínua, apesar da consciência de ter um problema físico ou psicológico persistente ou recorrente que tende a ser causado ou exacerbado pela substância.

Outro ponto importante, no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV- TR (2002), é a indicação de especificadores de curso de dependência de substâncias e de especificadores de remissão, que podem ser aplicados somente depois que nenhum critério para a dependência ou abuso foi satisfeito por, pelo menos, um mês.

Os especificadores são: *remissão completa inicial*: é usado se, por pelo menos um mês e por menos de doze meses, nenhum critério para a dependência ou abuso foi satisfeito; *remissão parcial inicial*: é usado se, por pelo menos um mês e por menos de doze meses, um ou mais critérios para a dependência ou abuso foram satisfeitos (os critérios completos para

dependência não foram satisfeitos); *remissão completa mantida*: é usado se, nenhum dos critérios para a dependência ou abuso foi satisfeito em qualquer época, por doze meses ou mais; e *remissão parcial mantida*: é usado se não foram satisfeitos todos os critérios para dependência por um período de doze meses ou mais, entretanto, um ou mais critérios para dependência ou abuso foram atendidos.

Parte-se da mesma referência citada acima para comentar sobre os transtornos causados pelas substâncias psicoativas. Pontua-se as drogas ligadas a uma droga de abuso, como o álcool até os efeitos colaterais de um medicamento, bem como a exposição às toxinas. As substâncias dessa classificação são agrupadas em classes: Álcool; Anfetamina ou Simpaticomiméticos de ação similar; Cafeína; Canabinóides; Cocaína; Alucinógenos; Inalantes; Nicotina; Opióides; Fenciclidina (PCP) ou Arilciclohexilaminas de ação similar e Sedativos, Hipnóticos ou Ansiolíticos.

Os transtornos relacionados às substâncias, segundo o DSM-IV-TR (2002), são divididos em: Transtorno por Uso de Substância (Dependência de Substância e Abuso de Substância) e Transtornos Induzidos por Substância (Intoxicação com Substância; Abstinência de Substância; *Delirium* Induzido por Substância; Demência Persistente Induzida por Substância; Transtorno Amnésico Persistente; Transtorno Psicótico Induzido por Substância; Transtorno de Humor, Transtorno de Ansiedade; Disfunção Sexual e Transtorno do Sono Induzido por Substância).

Além dos critérios classificatórios descritos no DSM- IV-TR, há autores que descrevem sobre o fenômeno da dependência de substâncias psicoativas, ou seja, sobre o toxicômano.

Olivestein (1980) buscou definir a especificidade da toxicomania pela leitura do estágio do espelho de Lacan, no qual o sujeito já foi estilhaçado antes mesmo de se constituir o próprio *self*. A ausência dessa consistência favorece ao indivíduo o estabelecimento de uma situação ora neurótica, ora perversa, ora psicótica, ora normal e essa condição aumenta a chance da relação de dependência do indivíduo com a droga.

Esse mesmo autor diferencia os usuários recreativos de drogas do toxicômano. O primeiro combina o uso com a inserção social, afetiva e uma vivência satisfatória com a droga, o que não ocorre com o segundo. No toxicômano, porém, há a impossibilidade da elaboração de uma lei, há uma falta de limite e ele estabelece uma relação não com o outro e sim com a falta, a ausência.

Nogueira Filho (1999) afirma que não há um esquema clássico para enquadrar o toxicômano, pois, para ele, o encontro acidental com a droga poderá provocar mudanças psicológicas que possivelmente levariam qualquer pessoa a se tornar um toxicômano. Nesse

foco, o fato da pessoa experimentar a droga poderia acarretar alterações na psique do indivíduo, tornando-o um toxicômano. Não se sabe quem pode se tornar um dependente e, nesse caso, a melhor maneira de prevenir é não entrar em contato com a droga.

Silveira Filho (1995) considera o toxicômano aquele que sem a droga não consegue viver, que não consegue mudar ou se adaptar diante de uma realidade e de uma subjetividade intolerável. Para o autor, a toxicomania é uma alternativa do sujeito diante da impotência, a partir de uma realidade insuportável e há a busca da mudança de percepção dessa realidade, por meio da droga.

## **1.2. Modelos de Tratamento**

Apresentamos, de maneira geral, os modelos existentes ao abuso de drogas, segundo Paixão (1995).

Há o modelo jurídico-moral, que relaciona a importância diretamente às substâncias psicoativas e divide entre as perigosas - as inofensivas e ilegalidade - legalidade. Considera, também, a existência de posições opostas, o certo e o errado, e as medidas adotadas são repressivas e educativas. O objetivo é colocar certas substâncias psicoativas longe do alcance do público e mostrar que o dependente é visto como um desviado do comportamento padrão, necessitando levá-lo às posições sociais aceitáveis. Esse modelo não leva em consideração a história da utilização das drogas na sociedade e verifica-se, aqui, o discurso e o poder da classe dominante.

Outro modelo é o psicossocial, no qual a pessoa é ativa e há a interação entre a droga e o usuário. Consideram-se, então, as influências do contexto sobre o indivíduo. Propõe a relação da história da vida do indivíduo com a droga, considerando sua complexidade, o significado disto para cada paciente e denota que os problemas relacionados com a droga estão ligados com a interação dinâmica entre as variáveis individuais, ambientais e a droga. Apresenta propostas que possibilitam mudanças intrapsíquicas. Esse modelo é criticado por enfatizar mais o psiquismo do que a questão social.

O modelo médico é aquele que o usuário deve ser tratado, ou seja, curado pelo saber do médico. A droga e o indivíduo são considerados, respectivamente, agente e hospedeiro. Pressupõe-se que o abuso e a dependência de droga ocorre pelo determinante biológico e têm como ponto de apoio o desenvolvimento de pesquisas neurobiológicas. Verifica-se que esse tem como paradigma o modelo de doença e, por meio de um olhar reducionista, elabora prescrições gerais e padronizadas, o que dificulta a individualização do paciente.

No modelo sociocultural, a droga adquire um significado a partir de como a sociedade define a sua utilização, e a forma como a ela reage, como por exemplo, a drogas ilícitas e a lícitas. A ênfase é colocada no contexto que desenvolve o uso e abuso de droga e percebe - se que o indivíduo é moldado socialmente e influenciável em suas decisões pelo meio. Esse modelo é criticado por não oferecer soluções rápidas para as necessidades assistenciais.

Milby (1988) também conceitua alguns modelos de tratamento. A abordagem médico-farmacológica é utilizada em hospitais, com a finalidade de desintoxicação, tratamento de doenças vinculadas à dependência de drogas, tratamento psiquiátrico, tratamento com clínico geral e diagnóstico de co-morbidades, uso de drogas psiquiátricas e terapias com antagonistas. A abordagem psicossocial, que engloba as Psicoterapias: Orientação de Família, Psicoterapia Psicanalítica, Psicoterapia de Grupo, Psicoterapia Comportamental, Aconselhamentos, entre outras. Por último a abordagem sociocultural, que engloba as Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anônimos.

No contexto atual, observa-se que há diversas práticas na dependência de drogas, que se utilizam de um modelo ou de outro, ou de uma junção de alguns deles. É interessante pontuar que os tratamentos se dão a partir de que olhar ou de que paradigma se pensa o fenômeno das drogas e da sua própria definição de dependência.

A eficácia, no que se refere à assistência aos usuários de drogas, se dá a partir de programas que ofereçam um maior número de tratamento e com diferentes modelos teóricos de atendimento (LARANJEIRA, 1996). O autor ressalta que não há superioridade, nem excelência entre os modelos existentes, mas sim o tratamento ou intervenção mais adequada para um determinado momento e uma determinada demanda, em questão.

Discute-se muito sobre as ações que poderiam ser classificadas como tratamento, ou melhor, o que realmente seria um tratamento, diante de um cenário nacional, em que se propõem diversas intervenções para dependentes químicos? Na literatura, há amplas ações descritas que poderiam ser classificadas de tratamento e essas vão desde ações muito breves, aconselhamentos, que sejam por um profissional capacitado até internações em clínicas especializadas em dependência de drogas.

Em relação a tratamento, Laranjeira (1996) busca distingui-lo de intervenção. A intervenção estaria ligada mais à prevenção primária, como ações informativas sobre prevenção às drogas, como ações que buscam a conscientização; até à prevenção secundária, em oposição ao tratamento propriamente dito. Contudo, a intervenção e o tratamento fazem parte de um contínuo de cuidados e a diversidade de cuidados depende da demanda e dos objetivos.

“Ressalta-se que a distinção entre intervenção e tratamento ocorreria muito mais em termos de intensidade de procedimentos do que na qualidade da ação” (LARANJEIRA, 1996, p.195).

Segundo a Organização Pan-Americana (OPAS) e a Comissão Interamericana para o controle do abuso de drogas (CICAD), (2000 a/ b), o consumo de drogas é como um padrão de comportamento cuja gravidade varia ao longo de um *continuum* influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Surgiu a necessidade de organizar serviços que atendessem aos usuários em seus diferentes estágios e considerassem também sua reabilitação psicossocial (OPAS/ CICAD, 2000c).

### **1.3. Assistência aos Usuários de Substâncias Psicoativas**

A assistência aos usuários de substâncias psicoativas está garantido por lei nacional. entretanto, no que se refere à hospitalização e aos cuidados a saúde mental, a assistência na psiquiatria passou por profundas mudanças nas últimas décadas e a reforma psiquiátrica tem passado por avanços, tensões e resistência.

Segundo a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde- Ministério de Saúde do Brasil (1992), a reforma psiquiátrica, em 1992, teve uma maior efetivação, com Portaria nº 189/1991 e 224/1992, em que os hospitais psiquiátricos iniciaram a implantação de serviços como Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e Hospitais Dias.

Recentemente, houve a Portaria Ministerial nº 336, a partir de dados da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde- Brasil (2002a) Ministério de Saúde, que estabelece novas modalidades de CAPS, as quais são definidas pela complexidade e população do Município, funcionando segundo o território, conforme a diretriz do SUS. Assim, a partir dessa portaria, ficou instituído o Centro de Atenção Psicossocial a álcool e drogas, CAPS ad, com atenção para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas.

Carlini, Galduróz e Noto (2002) afirmam que o número de serviços de atendimento especializado em dependência química pelo SUS, tanto em termos de internação quanto nos postos de saúde é pequeno e a prevalência de pacientes com esse diagnóstico tem aumentado a cada ano. Segundo Brasil (1990), é necessário que todos os indivíduos tenham acesso aos serviços de saúde, conforme a legislação do SUS.

O CAPS / NAPS tem apresentado práticas inovadoras relacionadas às novas formas de cuidado do sofrimento humano, à relação com usuário e familiares e aos novos processos de

trabalho. O CAPS ad busca a reabilitação e a reinserção social dos usuários de álcool e outras drogas oferecida pelo SUS. Mais recentemente foi instituído, segundo a Secretaria Nacional de Assistência à Saúde, Brasil (2002b) Ministério de Saúde, pela Portaria Ministerial nº 816, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a usuários de álcool e outras drogas, que prevê ações de assistência aos pacientes e familiares, de maneira integral.

Assim, as implantações do CAPS ad são distribuídas, estrategicamente, nos Municípios conforme as características populacionais e a variação de incidência dos transtornos causados pelo uso e abuso de drogas. Ressalta-se que, a partir da Secretaria Nacional Antidrogas, Brasil (2002c) até 2003, seriam criados no território nacional 120 CAPS ad nas capitais e municípios com população igual ou superior a 200.000 habitantes. Em 2004, foram mais de 130, sendo que 80 CAPS ad para Municípios com 500.000 habitantes e 50 para Municípios com menos de 200.000 habitantes, e isso se dá a partir das necessidades epidemiológicas (BRASIL, 2002d).

Assim, o CAPS ad é uma modalidade de intervenção para dependentes de drogas que vem se somando no contexto atual. O NAPS/ CAPS ad descrito acima são outros recursos terapêuticos, contudo, a internação continua sendo um recurso terapêutico para toxicodependente muito usado no Brasil (LARANJEIRA, 1996).

A pesquisa realizada por Noto e Carlini (1995) pelo Centro Brasileiro de Drogas Psicotrópicas - CEBRID, sobre o número de internações por dependência e psicoses provocadas por substâncias psicotrópicas, revela que a dependência do álcool é uma das principais causas de internação psiquiátrica e representa cerca de 90% das internações por dependência. Outros dados deste estudo, abrangendo o período de 1988 a 1993, mostraram que se excetuando o álcool, a maconha era a droga responsável pelo maior número de internações no final de 1980 e esse número sofreu uma diminuição que se acentuou no início dos anos 90. Concomitantemente, as internações por cocaína cresceram, gradativamente, mantendo-se essa substância, excetuando o álcool, a partir de 1991 como principal responsável por internações por dependências de drogas no Brasil.

Demonstra-se ainda, a partir desta pesquisa, no ano de 1999, último período estudado: 44.680 internações foram notificadas, das quais 84,5% por álcool, 8,3% por múltiplos psicotrópicos, 4,6% por cocaína, 1,3% por maconha e 0,2% por solventes, entre outras substâncias (NOTO; MOURA; NAPPO; GALDURÓZ; CARLINI, 2002).

Para alguns autores, deve-se colocar a importância da internação em perspectiva, pois há usuário de drogas que necessita de um ambiente “protegido”, no qual estaria distante de seu meio por um certo período e esse poderia constituir um fator importante para o

tratamento, e também seria indicado para casos de co-morbidades psiquiátricas (OSINAGA; FUREGATO, 2004; BORINI, GUIMARÃES, 2003).

Laranjeira (1996) afirma que a internação não deve ser considerada como o único meio de tratamento, mas como uma parte do tratamento e um outro recurso com suas peculiaridades, no processo de recuperação de dependência de drogas. Enfatiza-se que muitos pacientes necessitam de internação para a desintoxicação e para o tratamento de doenças relacionadas à dependência de drogas, como há outros que não precisam desse tipo de abordagem.

Araújo, Gimeno, Mello, Ruschel, Benevides e Nichetti. (2003) realizaram um estudo sobre o fechamento de uma unidade de desintoxicação do hospital psiquiátrico de São Pedro, Rio Grande do Sul, Brasil. Percebeu-se que houve um aumento de dependentes químicos, sem co-morbidades psiquiátricas que se internaram em unidades de psicóticos, sendo privados de atendimento especializado. Isso acarretou um aumento de desassistidos, o que fere a reforma psiquiátrica. Os autores concluíram que a reforma psiquiátrica deve ser uma meta a ser seguida pelos profissionais da saúde e não se deve esquecer das necessidades específicas dos pacientes, nem desconsiderar os aspectos técnicos na prática.

Bandeira, Lessage e Moeissete (1994) levantam a hipótese que o pequeno êxito dos tratamentos para abuso e dependência química é o fato de que a maior parte das opções de abordagens terapêuticas está centrada em regime de internação, sem profissionais capacitados e, dessa forma, muitas vezes, o usuário egressa, volta para o seu meio social e não sofre mudanças significativas durante o tempo que esteve ausente.

Para Leite e Cabral (1999), a internação é para casos nos quais o fracasso na obtenção por outros métodos menos intensivos e/ ou quando o tratamento ambulatorial se torna muito arriscado ou impossível diante da circunstância da vida do usuário. Zusman (1995) acredita que quanto menos o indivíduo passar no processo de internação, será menor o estigma que poderá acompanhá-lo no futuro.

### **1.3.1. Abordagens e Intervenções Terapêuticas**

Seibel (2001) cita que a recomendação de psicoterapia para os pacientes com transtornos relacionados ao uso de drogas é muito freqüente e o termo psicoterapia engloba um vasto número de propostas. Expomos, assim, algumas abordagens.

#### **1.3.1.1. Cognitivo Comportamental**

A Psicoterapia Cognitivo Comportamental enfatiza que a cognição influencia e afeta o comportamento, o qual pode ser monitorizado e alterado. A modificação do comportamento pode ser realizada por meio de mudanças cognitivas. Acredita-se, portanto, que o hábito adquirido é passível de ser redimensionado e, assim, busca-se modificar o comportamento desagradável por intermédio de tarefas e estratégias (SEIBEL, 2001). Assim, por meio da identificação de crenças, busca-se modificar os pensamentos automáticos, sinalizando a relação entre as cognições, as emoções e os comportamentos. Essa terapêutica considera que o comportamento e o afeto da pessoa é determinado pelo modo como ela pensa e percebe seu mundo. Nesse caso, o indivíduo desenvolve um comportamento aditivo e, muitas vezes, constrói um sistema de crenças distorcidas acerca de sua adição.

Nos últimos anos, tem se utilizado a abordagem cognitivo- comportamental, como afirma Marlatt (1999), para tratar de comportamentos adictos e desenvolve-se a prevenção de recaída, com experiências com grupos. Essas buscam o treino sistemático de algumas variáveis como a identificação e o monitoramento de pensamentos; as crenças distorcidas relacionadas como o uso de drogas e/ ou álcool; a identificação e o mapeamento das situações de risco para as recaídas; o treinamento das estratégias de enfrentamento de situações de risco e a busca de modificações no hábito e estilo de vida.

Essa abordagem inclui sessões semanais, de uma hora e meia, com no máximo seis participantes e o coordenador. Nessas sessões, são trabalhadas as vivências, as situações de risco e o enfrentamento destas situações. Segundo Marlatt (1999), o objetivo dessa abordagem é fazer com que o adicto fique habilitado para lidar e enfrentar seu comportamento adictivo.

Segundo Silva e Serra (2004), é importante que os profissionais ligados à assistência ao dependente químico conheçam os fundamentos teóricos da terapia comportamental, da terapia cognitiva e da terapia cognitiva comportamental. A terapia comportamental tem seu foco na reestruturação de cognições disfuncionais. A terapia cognitiva fundamenta-se na relação entre os comportamentos e as diversas situações reais e busca desfazer os elos disfuncionais que levam à dependência. Além dessa, há a terapia cognitivo-comportamental, que se utiliza das teorias e técnicas da terapia cognitiva e da terapia comportamental. Os autores acrescentam que a prevenção à recaída e o treinamento de habilidades, mesmo não sendo modalidades terapêuticas, são ideais para serem aplicadas por profissionais que atuam na dependência química e que não têm formação em terapia, embora se recomende que o paciente seja encaminhado para uma terapia.

#### **1.3.1.2. Intervenção Breve**

Uma outra prática terapêutica na dependência de drogas é a intervenção breve e, segundo Formigoni e Neumann (1992), essa intervenção demonstrou ser uma alternativa viável na dependência de drogas, contudo é importante a adesão ao programa.

Para Neumann (1992), no processo terapêutico, deve-se ter como pressuposto que o ser humano é autônomo e capaz de alterar conscientemente sua vida. O papel do terapeuta, portanto, não é somente ensinar os métodos e estratégias de autocontrole, mas ter uma escuta e uma atitude compreensiva.

Eia Asen (1989, *apud* EDWARDS, 1997) utiliza, em abordagens estratégicas, a terapia breve e, no caso em questão, tem o objetivo de buscar a capacidade de externalizar os sintomas. Outro trabalho citado por Eia Asen (1989) foi de Shazer, que em 1985 realizou terapias focadas na solução de problemas, ou seja, não buscou examinar as causas da doença ou da disfunção, mas buscou com que o paciente enxergasse as soluções. O trabalho de psicoterapia breve está focado na exploração daquilo que o paciente tem feito para resolver seus problemas e na intervenção planejada pelo terapeuta para auxiliá-lo a realizar alguma coisa diferente. No caso de dependência de drogas, os pacientes precisam ser encorajados a persistirem em suas tarefas, as quais já são trabalhadas em terapia, portanto realizadas com facilidade.

#### **1.3.1.3. Entrevista Motivacional**

A Entrevista Motivacional é utilizada com bastante frequência no tratamento de dependência química. Essa entrevista é uma intervenção breve e focal que busca realizar mudanças no estado interior de motivação dos indivíduos para abandonar o abuso de drogas e/ou comportamentos problemáticos. Baseia-se no modelo de mudança proposto por Prochaska e Di Clemente. Jaeger e Oliveira (2003) têm como base esse modelo por meio do qual há possibilidades de identificar estágios motivacionais que se passa quando se realizam mudanças no comportamento problemático.

A entrevista motivacional é uma técnica muito utilizada no tratamento de dependentes químicos (PROJECT MATCH, 1993).

Alguns estudos já foram realizados para avaliar a utilidade da entrevista motivacional e, entre eles, Laranjeira, Almeida e Jungerman (2000) avaliaram essa intervenção com pacientes dependentes de diferentes substâncias. Também, utilizam-se de prevenção de recaída. Esses estudos apresentaram respostas positivas na utilização de Entrevista Motivacional.

Em uma pesquisa sobre avaliação de motivação para o tratamento de 59 alcoolistas, em dois ambulatorios distintos de serviço especializado, Oliveira Júnior e Malbergier (2003) verificaram que, nas avaliações feitas com a escala URICA, houve uma associação inversa dos estágios de mudança com a variável renda mensal e idade. Não havendo mudanças significativas nos estágios nas reavaliações e na escala SOCRATES, houve associação dos estágios de mudança com a variável renda mensal, possibilitando deslocamento significativo dos pacientes na reavaliação.

Jaeger e Oliveira (2003) utilizaram trabalhos em grupos com intervenção breve, na prática clínica, e entrevista motivacional. O modelo proposto inclui quatro encontros em grupo, nos quais aborda a devolução e os resultados de exames, bem como a discussão do estilo de vida, vantagens e desvantagens do uso de drogas, e o estabelecimento de plano para mudanças. Conclui-se que a entrevista motivacional pode ser utilizada como instrumento para profissionais da saúde, que se deparam com a questão da dependência de drogas.

#### **1.3.1.4. Redução de Danos**

Outra intervenção utilizada é a redução de danos. A partir dos anos 80, com a epidemia da AIDS, houve consideráveis mudanças de atitudes dentro das políticas em relação às drogas, a qual veio à política da redução de danos, cuja principal pretensão é o desenvolvimento de ações que busquem diminuir os danos provocados pelo uso de drogas, tanto para o indivíduo, quanto para a sociedade, segundo Marlatt (1999).

Segundo Carlini (2003) antes da Convenção da ONU sobre narcóticos, em 1961, a redução de danos já era praticada em muitos países, como ópio, heroína e morfina já eram administrados como terapêutica de adictos em países da Europa, pelo menos desde a década de 1920. A administração de ópio a pessoas adictas a esta substância já era prática comum na Ásia pelo menos a partir de 1914. Em 1965, iniciou-se a utilização da metadona para dependentes de opiáceos e, hoje em dia, essas modalidades de intervenção terapêuticas são chamadas de tratamento de substituição ou de manutenção, sendo formas de redução de danos (CARLINI, 2003).

A primeira experiência na área de redução de danos à saúde pelo uso indevido de droga foi em 1989 na cidade de Santos, em São Paulo (MESQUITA, 1994). Marlatt (1999) afirma que a redução de danos é uma estratégia, que vem crescendo a qual busca o manejo de comportamentos de risco associados ao uso indevido de drogas. É uma alternativa para aquelas pessoas que não podem ou não querem parar, totalmente, com o uso de drogas, mas

que desejam reduzir os riscos ligados a ela. Considera-se a liberdade e autonomia do ser humano em relação ao seu próprio corpo e opta-se por serviços que não estigmatizem e não rotulem o usuário.

Marlatt (1999) afirma que as práticas baseadas em redução de danos enfocam os progressos gradativos do usuário e não exigem a abstinência como critério primordial para o tratamento. Segundo a autora, as ações de tratamento de redução de danos não estão restritas exclusivamente ao usuário, mas requerem mudanças na política de drogas e intervenções mais amplas que focalizam o uso seguro da substância psicoativa. Os trabalhos incluem desde exposições de vídeos, feiras de saúde, educação, orientação ao cuidado da saúde, formas de reduzir riscos de infecção, melhora no estado físico e psicológico, tratamentos propriamente-dito, programas de troca de seringas, enfim, práticas que minimizem os danos associados ao uso de drogas e que promovam a saúde.

Ao discutir estudos e pesquisas com usuários de álcool, as estratégias orientadas com base nesse referencial tem sido, no mínimo, tão efetivas quanto os tratamentos baseados no modelo tradicional de abstinência (MARLATT, 1999).

Carlini (1999) afirma que redução de danos não se trata apenas de um paradigma, mas de uma política que respeite a pluralidade de modos de vida. Essa autora enfatiza que a redução de danos pode ser menos custosa financeiramente e eficiente comparada com as abordagens tradicionais.

Segundo Brasil (2003), pela Secretaria de Políticas de Saúde/ Coordenação de DST e AIDS, as estratégias de redução de danos têm sido disseminadas mundialmente e passam a ser compreendidas, atualmente, como uma proposta não somente preventiva, mas também como uma das bases que fundamentam a assistência a usuários de drogas, a qual não exige a abstinência a qualquer custo.

#### **1.3.1.5. Intervenção Familiar**

Para Seibel (2001), a Psicoterapia Familiar tem como perspectiva sistêmica, o tratamento de dependência de drogas. Os recursos da própria família são solicitados e muito valorizados na construção do que se chama rede de apoio. Nessa rede, priorizam-se as mudanças interpessoais e reúnem-se as condições para um trabalho de natureza relacional. Propõe-se receber todas as pessoas da família envolvidas com o problema. Portanto, receber a família implica em trabalhar a interdependência das pessoas.

Vários autores têm ressaltado a importância da família no tratamento de dependente de

drogas (MOOS; FINNEY; CRONKITE, 1990). Silva (2001), e Silva e Formigoni (2000) citam sobre a complexidade do funcionamento familiar dos toxicodependentes e a necessidade de propor uma sistematização neste trabalho.

Já existem instrumentos padronizados para avaliação familiar dos dependentes de drogas. Considera-se muito válido esse tipo de trabalho a partir do momento que corrobora para com os dados do diagnóstico clínico, auxilia no planejamento do tratamento, avalia o papel da família no processo de mudança de comportamento de usar droga e avalia o resultado da intervenção comparando o funcionamento familiar pré e pós-tratamento (SILVA e FORMIGONI, 2000).

Fligie, Pillon, Laranjeira e Dunn (1999) realizaram um trabalho durante o período de 1995 a 1998, que procura mostrar uma alternativa de orientação familiar, segundo o modelo cognitivo, o qual tem por objetivo incrementar a qualidade nas relações do grupo, orientando sobre condutas mais adequadas, se obtêm ganho tanto para os familiares, como para o tratamento dos dependentes químicos.

Outro estudo com foco na família buscou analisar o desfecho de uma intervenção breve no tratamento de familiares de dependentes químicos, baseado na abordagem cognitiva comportamental após trinta meses, na Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas- UNIAD da Universidade Federal de São Paulo -UNIFESP e o desfecho foi considerado positivo tanto do ponto de vista em termos de satisfação para com o serviço recebido, quanto da percepção de melhora no relacionamento do dependente (FLIGIE; PAYÁ; KRULIKOWSKI, LARANJEIRA, 2002).

Rezende (2001) afirma que a equipe de tratamento deve ser preparada para identificar os problemas familiares que podem contribuir para o consumo de drogas pelo usuário. A importância da família, além de auxiliar no processo de recuperação do usuário, também possibilita a quebra do isolamento que muitas delas experimentam, seja por questões sociais, morais e psicopatológicas.

Schenker e Minayo (2003) afirmam que as intervenções na família de indivíduos os quais abusam de drogas partem da mudança no paciente, para uma diminuição do uso ligada ao funcionamento mais saudável dessa família. Portanto, a terapia de família passa a ser uma indicação freqüente.

#### **1.3.1.6. Intervenção Grupal**

Seibel (2001) cita que a Psicoterapia de Grupo é outra forma de intervenção, a qual é

utilizada em diferentes abordagens e tem como base teórica a própria natureza social do homem, o qual vive permeado por agrupamentos desde o seu nascimento. O grupo parece ser um ambiente “natural” para experimentar conflitos intra e interpessoais. No processo terapêutico grupal, reorganizam-se as percepções e é possível estabelecer trocas com o meio, em uma constante dialética, entre a busca da identidade individual e da identidade coletiva.

À medida que o indivíduo estabelece uma comunicação grupal, torna-se capaz de observar seus padrões de comportamento em relação aos outros e modificá-los. É muito utilizado na demanda de usuários de drogas, pois os dependentes identificam-se com as pessoas que vivenciam situações muito parecidas e a dinâmica do grupo repete a vida coletiva do indivíduo e, nesse contexto, é possível redirecionar suas dificuldades (SEIBEL, 2001).

Segundo Osório (2000), a intervenção grupal foi utilizada pela primeira vez em 1905, por Pratt, no tratamento de pacientes tuberculosos, em uma enfermaria. O grupo é um conjunto de pessoas em uma ação interativa, com objetivos compartilhados, nos quais há aspectos relacionais e há uma transformação dos grupos em instituições, pois há o progressivo afastamento dos objetivos originais do grupo, à medida que ocorre seu processo institucionalizante (OSÓRIO, 2000).

A comunicação entre os membros do grupo é uma das oportunidades ímpares que o campo grupal propicia. A comunicação expressa nesse tema não se constitui apenas na expressão verbal dos componentes do grupo e sim, também, na não-verbal, pois essa segunda, muitas vezes, é tanto ou até mais importante do que o expresso verbalmente, demandando sensibilidade para interpretá-las. Nos grupos homogêneos, compartilham uma linguagem comum, o que faz com que, mutuamente, se sintam acolhidos, respeitados e, sobretudo, compreendidos (ZIMERMAN e OSÓRIO, 1997).

A partir das trocas de experiências, as pessoas participantes do grupo apreendem o que consideram importante para si, têm a oportunidade de elaborar e ressignificar a sua própria vivência. Esse processo tem vinculação com o que Pichon Rivière (2000) chama de esquema conceitual referencial operativo- ECRO, fator essencial para que haja aprendizagem da realidade. Por meio dele, cada integrante do grupo traz um esquema referencial próprio, as experiências, os sentimentos, para interagir com o dos outros participantes do grupo, por meio de um movimento espiral, configurando-se o ECRO. Esse fator se constitui extremamente importante na medida em que se estrutura como um processo contínuo e com oscilações, aberto a conhecimentos e questionamentos.

Para Zimerman e Osório (1997), há a ação terapêutica do grupo que se processa por meio da possibilidade de cada um mirar e se refletir nos outros e, especialmente, de poder

reconhecer, no espelho dos outros, aspectos seus, que estão negados em si próprios. A atividade grupal coloca-se como possibilidade, a cada componente, de discriminar, afirmar e consolidar a sua própria identidade.

Depois da introdução da intervenção de grupo no Brasil, segundo Zimmerman e Osório (1997), desenvolveu-se um componente cultural intenso e uma práxis do senso comum e questionou-se a sua qualidade e credibilidade.

O tratamento em grupo de drogadependência vem ocupando um espaço amplo desde os alcoólicos anônimos, porém o estudo da efetividade desses tratamentos tem sido restrito, principalmente no que diz respeito ao formato grupal.

Para Marques (1997), em um país populoso e pobre, como o Brasil, o grupo terapêutico, aplicado por técnica simples e efetiva, como a terapia comportamental- cognitivo breve, poderá ser melhor utilizado no tratamento de drogas, pois apresenta uma efetividade semelhante ao formato individual.

Os autores, acima, citados nos fazem pensar sobre a abordagem grupal que, atualmente, é muito utilizada, em atendimentos a usuários de drogas, a qual já vem sendo estudada há anos e por muitos autores.

O tratamento em grupo de dependência de drogas vem ocupando um espaço, dando origem a intervenções multimodais, contudo, é importante considerar a conceituação do grupo, o formato grupal, suas relações e é interessante ressaltar que cada escola psicológica tem seu referencial teórico para trabalhar com grupos.

#### **1.3.1.7. Intervenção Psicanalítica**

Outro tipo de abordagem Psicossocial é a Psicoterapia Psicanalítica, ou Psicodinâmica, a qual tem referência não à droga em si, mas ao indivíduo. Segundo Bettarello (1991), a questão da toxicodependência deve ser compreendida a partir de experiências subjetivas. Os dependentes permanecem vinculados a um nível primitivo de funcionamento psíquico, em que há menor capacidade de discriminar e verbalizar sobre os sentimentos e os conflitos da dependência, os quais são decorrentes da vulnerabilidade das estruturas psíquicas. O uso de drogas é considerado um sintoma de uma patologia subjacente que deve ser tratada.

Acredita-se que o sujeito ativo busca, usa e perde o controle sobre a substância psicoativa. A psicoterapia consiste na possibilidade de se construir um espaço de reflexão para que o paciente busque, a partir de suas próprias vivências, dar respostas diferentes a sua realidade, que não seja a droga. Nesse sentido, a psicoterapia é um lugar de escuta e o

terapeuta dará suporte para facilitar a verbalização de seus sentimentos e dificuldades, reflexão, para ser substituído o lugar da atuação (OLIVESTEIN, 1980).

O modelo francês, representado por Claude Olivestein, tem sua influência na toxicomania, até os tempos atuais.

“O toxicômano está justamente, mais que para qualquer outra pessoa, na complementaridade destas duas forças: a organização e a desordem, o turbilhão e o nó. Sem esta complementaridade, o indivíduo não seria toxicômano, seria louco. O toxicômano vive no meio da tensão, ele luta primeiro, contra si mesmo, sua falta de identidade e, depois para encontrar sua realização no bem estar, no não sofrimento, na não infelicidade” (OLIVESTEIN, 1985, p.31).

Para Olivestein (1985), no tratamento de toxicodependente, deve-se evitar o funcionamento mecânico do pensamento e a racionalização dos comportamentos. Só se pode pensar no trabalho clínico a partir de uma prática que tenha em vista uma mudança no psiquismo.

O autor tem experiência em Paris, pois atendeu mais de doze mil usuários de drogas no centro médico de Marmottan. Ressalta, então, a importância de conhecer as motivações do paciente e auxiliá-lo para que tome consciência e que busque suportar as dificuldades. Esse modelo baseia-se na compreensão da complexidade das drogas.

Segundo Dijk (1977), a origem dos processos que levam à dependência não pode ser atribuída a uma única causa ou condição. Ao contrário, há uma rede de causas e condições que, de forma geral, incluem as propriedades psicofarmacológicas da droga; a predisposição genética; o significado social da droga e da respectiva forma de consumo; a estrutura da personalidade do usuário e condições socioculturais que estimulam comportamentos imediatistas na compensação de sentimentos desagradáveis.

No Brasil, há dois centros de referência nacional, representativos do modelo francês. Um dos serviços que busca realizar o trabalho no modelo francês e cuja base teórica é psicanálise é o CETAD- Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, situado na Bahia. Esse centro tem três principais critérios: busca espontânea para o atendimento, a gratuidade e o anonimato assegurado. Ele funciona em caráter ambulatorial, atendendo consumidores de drogas e/ ou familiares, com atendimentos individuais. Se a hospitalização for necessária para desintoxicação ou para outros fins, o cliente é encaminhado. Outro centro de referência é o Centro Mineiro de Toxicomania, o qual é uma instituição pública de Minas Gerais. Está instalado na Fundação Hospitalar do Estado em Belo Horizonte e tem articulação com dois hospitais psiquiátricos gerais, além de um Pronto Socorro. Também tem como critério o

anonimato, a gratuidade e a busca espontânea para o atendimento. Tem como base a teoria psicanalítica, na qual o indivíduo é tratado em sua totalidade. Os pacientes são atendidos no ambulatório ou no hospital dia, e nesse estabelecimento não se pode usar droga, nem fazer uso da violência. (NERY FILHO; OLIVEIRA; FARIAS; LIMA; TAVARES; COSTA; ARAÚJO; BARBOSA; CARRERA, 1989).

É importante considerar esses modelos de tratamento, pois fazem parte da realidade nacional e são tidos como exemplos no atendimento na área de dependência de drogas.

#### **1.3.1.8. Comunidade Terapêutica**

A comunidade terapêutica, desenvolvida em 1943, cresce no Brasil, porém com variações do seu princípio norteador, elaborado por Maxwell Jones. Segundo Jones (1972), essa abordagem utiliza-se de atividades grupais, que visam estabelecer um ambiente terapêutico. Os membros da instituição ocupam-se com tarefas diárias, práticas esportivas, espirituais e reuniões. O objetivo principal da recuperação é a abstinência. O uso de drogas, em algumas o uso do tabaco, e a violência são proibidos. Conseqüentemente os comportamentos indisciplinados são sujeitos a punições. A equipe é composta por ex-dependentes, por considerar que quem já foi dependente é que está em condições de ajudar a recuperação do dependente de drogas, porém, nas equipes, é possível incluir outros profissionais da área de saúde.

As idéias sobre comunidade terapêutica têm como fator importante o processo pedagógico ou educativo. É entendida como forma de estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento de uma consciência responsável. Os papéis da equipe e dos pacientes e a relação entre ambos são objeto de freqüente exame e discussão (JONES, 1972).

Nas comunidades terapêuticas, a metodologia utilizada é o trabalho e a busca da religiosidade, o instrumento terapêutico é a convivência em grupo e o tempo de internação varia de seis meses a doze meses (BRASIL- SENAD, 2002). Nessas instituições, a metodologia científica para avaliar a eficácia dos trabalhos realizados é escassa. Vasconcelos (2000) afirma que as regras são mantidas por meio de um sistema de punição e recompensa, para que os pacientes sejam estimulados a desenvolver um novo estilo de vida sem drogas.

Silva e Garcia (2004) acreditam que, geralmente, nas comunidades terapêuticas o ex-dependente é que fica no comando e não um profissional com nível superior. Esses autores em um estudo sobre comunidade terapêutica no Espírito Santo afirmam que o ex-dependente utiliza as experiências vividas com a droga e a maneira como concluíram o programa

terapêutico e empregam no tratamento com outros usuários dos serviços em atendimento a drogadependência. Essa atuação é também uma forma de tratamento para si mesmo.

A palavra “ex-dependente” é a maneira como os próprios usuários de drogas psicoativas, os dirigentes das instituições, das comunidades terapêuticas e os adeptos dos Alcoólicos Anônimos se autodefinem.

Foi realizado um estudo numa comunidade terapêutica no estado de Delaware, Estados Unidos, o qual relata por meio de observação participante, a descrição das atividades realizadas. Essa descrição tem como base uma compreensão teórica e referenciais da psicologia clínica e do desenvolvimento, como Vygotsky, Winnicott, Goffman, Bateson e outros para explicar o funcionamento das Comunidades terapêuticas. Também, acrescenta-se a importância da teoria do *script* e o uso da metacomunicação como instrumento terapêutico (MELLO; PECHANESKY; INCIARDI; SURRAT, 1999).

No Brasil, as comunidades terapêuticas se multiplicaram a partir dos anos 70, sem qualquer regulamentação. Como já se relatou, os pressupostos do Maxwell Jones têm sido, ao longo do tempo, alterados e transformados, porém por meio do Ministério da Saúde, por meio da ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as instituições estão sendo fiscalizadas e avaliadas para que se estabeleça um padrão básico de funcionamento desses serviços para garantir a qualidade do trabalho e da recuperação das pessoas que abusam de drogas (BRASIL, 2002). Entende-se que essa abordagem como outras devam ser objetos de estudos, devido ao aumento e a permanência dessas instituições, no contexto atual.

Observa-se, atualmente no Brasil, o crescimento das comunidades terapêuticas, vinculados a grupos religiosos. Segundo BRASIL (2002), pela Secretaria Nacional Antidrogas, SENAD essas comunidades aparentam demonstrar-se indicadas para pessoas que apresentam graves problemas psicossociais ligados ao abuso de drogas.

É interessante ressaltar que um dos instrumentos terapêuticos utilizado nessas instituições é a convivência entre os indivíduos com problemas e crenças semelhantes, que compartilham uma meta comum, a “recuperação”, e tanto as comunidades terapêuticas religiosas quanto as tradicionais apresentam sistema de suporte e de encorajamento.

#### **1.3.1.9. Alcoólicos Anônimos**

Outro recurso terapêutico é o dos Alcoólicos Anônimos, o qual se expandiu muito, desde sua fundação em 1935, segundo Kurtz (1979).

A partir de dados da Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil-

JUNAAB (2001), o único requisito para o ingresso no grupo é o desejo de parar de beber/ usar droga e o anonimato é respeitado. O grupo deve ser autônomo, auto-suficiente, não aceitando doações de fora e, também, não pode haver profissionais da saúde. O grupo de Narcóticos Anônimos segue os passos dos Alcoólicos Anônimos.

O A.A. tem como proposta não beber nas próximas vinte e quatro horas, sugerido no programa dos doze passos e há, também, grupos para os familiares, Al-Anon e para os filhos adolescentes- Al-Ateen. Em 1953, ocorreu a primeira reunião dos Narcóticos Anônimos, adotando a mesma filosofia do programa dos doze passos e das doze tradições. O propósito é manter-se “limpo só por hoje”, o qual se direciona a qualquer substância psicoativa. Há também grupos para os familiares, Nar-Anon, nos mesmos padrões do Al-Anon. De uma forma geral, nos grupos de auto-ajuda há o componente espiritual, o qual está presente de maneira bastante significativa (A.A, 2005; KURTZ, 1979).

#### **1.4. As Vicissitudes no Campo da Drogadependência**

Em relação aos modelos de tratamento, Laranjeira (1996) afirma que há uma grande diversidade de questões que estão envolvidas na dependência de drogas e, por haver, também, uma diversidade de população envolvida, isso demonstra a importância de se estabelecer redes de serviço que fossem também diferenciadas e que, de alguma forma, encontrassem ações que, pelo menos, minimizassem os efeitos e as consequências do uso indevido de drogas.

BUCHER (1993) cita que, em qualquer que seja a abordagem adotada, ela não será isenta de conotações ideológicas, pois o consumo de drogas envolve fatores éticos e valores do ser humano. Assim, é importante que o profissional que trabalha com essa demanda e que as instituições e centros de tratamento possam realizar uma auto-avaliação nas suas próprias opiniões, crenças e ideologias a respeito das drogas.

Citamos alguns autores que nos embasam e afirmam sobre a complexidade no campo de tratamento em dependência de drogas, como Bucher; Costa (1985), Laranjeira (1996), Silveira Filho (1996), Andreatini; Galduróz e Formigoni (1994), Edwards (1997), Vaillant (1994), Rigotto e Gomes (2002) entre outros.

Segundo Laranjeira (1996), não houve muitos avanços no atendimento à dependência de drogas. Afirma que as formas tradicionais de atendimento, assim como os hospitais psiquiátricos e clínicas, ainda predominam em relação às internações mais precoces e às ações comunitárias.

O modelo biológico de doença pressupõe que o consumo de drogas, quanto ao aspecto de abuso e dependência, determina uma doença crônica, progressiva e fatal. Esse modelo é passível de críticas, por basear-se em modelos genéticos controvertidos e totalitários e por não abranger todos os casos (SILVEIRA FILHO, 1996). Esse autor afirma que o modelo sistêmico, que relaciona o uso de drogas e a interação do indivíduo com o ambiente, pode ter uma maior compreensão da questão das drogas.

Bucher e Costa (1985) optam pelo modelo psicodinâmico de tratamento, porém assinalam que, em alguns casos, há a necessidade do tratamento psiquiátrico e comportamental nas etapas de desintoxicação e adaptação ao contexto terapêutico. Os autores citam que os tratamentos em dependência de drogas passam por várias limitações, como a diversidade das substâncias consumidas, a heterogeneidade dos dependentes, as dificuldades no próprio tratamento, entre outros.

Vaillant (1994, *apud* EDWARDS, 1997), enfatiza que os fatores críticos na abstinência não estão relacionados à adesão ao tratamento, ao ajustamento e ao equilíbrio de cada pessoa, mas à severidade da adição e ao tipo de experiência curativa disponível ao adicto. A partir da leitura de Vaillant, as posições em relação ao tratamento de drogas parecem ser controversias. Há estudos que apontam para a baixa relação entre o grau da dependência e o prognóstico. Verifica-se assim, uma falta de consenso entre estimativas fornecidas por profissionais/terapeutas e pacientes sobre o grau da dependência e as possibilidades de recuperação. A dificuldade não está no agravamento do dependente de drogas, mas nos fatores contextuais (ANDREATINI; GALDURÓZ e FORMIGONI, 1994).

Rigotto e Gomes (2002) no que se refere à abstinência e recuperação em dependência química, pontuam uma maior atenção a referência negativa dos usuários de drogas em suas passagens por instituições de desintoxicação e de tratamento.

Bucher (1996) constata que a droga é o fator de desequilíbrio social, além dos níveis destruturantes, já alcançados pelo seu elevado custo sócio-econômico e sanitário.

Os estudos mostram que o início do uso de drogas está ocorrendo cada vez mais cedo entre os jovens e com poder tóxico cada vez mais elevado. Diante de tal complexidade, devem-se evitar respostas reducionistas as quais podem ultrapassar as ideologias vigentes (BUCHER, 1996).

Não há uma idade específica em que os abusadores de drogas se recuperem. As pessoas não resolvem o abuso do álcool ou da heroína mais do que resolvem o abuso de nicotina, ou de qualquer outro hábito, bem já instaurado. Os adictos não desistem do abuso de substâncias por estarem “acabados”. Sabe-se que, no final do ciclo da vida, doenças graves podem levar à

abstinência do cigarro, álcool e outras drogas, mas não é assim que a maioria dos dependentes se recupera (VAILLANT, 1994 *apud* EDWARDS, 1997).

As pessoas não se recuperam em virtude de um passado favorável. Alguns estudos descobriram que a estabilidade social pré-morbida é um poderoso prognóstico da resposta ao tratamento, porém essa resposta nem sempre dura. Vaillant (1994, *apud* EDWARDS, 1997), em um estudo com cento e cinquenta alcoolistas, acompanhados até o final da meia idade, nem os fatores pré-morbidos para o alcoolismo, nem os fatores pré-morbidos como a estabilidade social, foram preditivos do resultado aos sessenta anos de idade. Outro estudo, Maddox; Desmond (1981) afirmaram que os fatores pré-morbidos não distinguem aqueles que se tornavam abstinentes estáveis daqueles que não se tornavam. Esses mesmos autores revelam que as recuperações estáveis de dependência de drogas só às vezes são resultado de intervenções formais de tratamento.

Segundo Edwards (1997), os efeitos das drogas psicotrópicas abrangem variáveis manifestações que irão desde fatores de dose, absorção, metabolismo, via de administração, contudo as diferenças individuais continuam sendo extremamente importantes. Fatores como expectativas, influências culturais, características de personalidade e aspectos ambientais passaram a ser, nos últimos anos, objeto de estudo.

Para confirmar as particularidades do indivíduo no uso de substâncias psicoativas, citamos Baudelaire (1982), que reconhece a diversidade dos efeitos da *cannabis* e afirma que o haxixe tem efeitos mais ou menos vigorosos, além de uma natureza muito variada a qual depende do temperamento do indivíduo. O autor também ressalta a influência do ambiente sobre os efeitos das drogas. O haxixe cria o exagero não apenas do indivíduo, mas da circunstância do meio. Se o indivíduo estiver num ambiente favorável, como uma paisagem pitoresca e, se ainda puder ouvir música, então tudo é para melhor. Porém, se houver a presença de tristeza, infelicidade ou inquietude, esses soarão e envenenarão o prazer.

A importância dos fatores extra-farmacológicos tem sido reconhecida não apenas em quadros de intoxicação aguda, para álcool, mas também, em uso crônico. Uma das questões relativas ao alcoolismo envolve a questão da perda do controle frente à ingestão de qualquer quantidade de álcool, o que faria desencadear, no alcoolista, uma série de reações que o levariam a beber compulsivamente. Testando essa hipótese, Del Porto e Masur (1984) administraram bebidas alcoólicas e não-alcoólicas a bebedores sociais e alcólatras não abstinentes. Os voluntários foram divididos em dois grupos, sendo que um deles recebeu a informação de que tomaria bebida alcoólica e o outro a informação de que tomaria apenas refrigerante. Na realidade, ambos os grupos receberam, de forma balanceada, a bebida

alcoólica e a não alcoólica. Os resultados mostraram que a expectativa foi um fator significativo na determinação da quantidade ingerida e que o tipo de bebida fornecida (alcoólica e não alcoólica) não alterou as quantidades consumidas, seja por alcoolistas ou bebedores sociais.

Outro estudo foi citado por Del Porto e Masur (1984), em que se testou os efeitos da maconha em dezesseis voluntários, em duas sessões experimentais, sendo que em uma, os probandos permaneceram em situação individual e, na outra, em grupos de quatro. Os voluntários testados individualmente mostraram-se relaxados e levemente sonolentos, sem evidenciar outras alterações. Na condição do grupo, os voluntários se comportaram de maneira claramente diferente, mostrando-se eufóricos, rindo à toa, sem controle, sendo notável a ausência de sedação.

Edwards (1997) retoma e define o conceito de plasticidade, que é o grau, a intensidade em que o comportamento pode ser influenciado por fatores outros, que não o fenômeno em si. De acordo com a plasticidade, esse autor enfatiza que uma das características fundamentais de qualquer substância psicoativa é o grau em que os comportamentos relacionados a essa droga são potencialmente suscetíveis de modificação.

Assim, verifica-se o quanto a ação das drogas psicotrópicas é resultado de uma complexidade de fatores, na qual não se pode separar os efeitos farmacológicos do tripé droga, indivíduo e o meio (BUCHER e COSTA, 1985). É importante considerar, no próprio tratamento, a expectativa do paciente em relação a si mesmo e ao seu tratamento e em que intensidade esse indivíduo acredita na sua própria reabilitação.

### **1.5. Avaliação, Efetividade e Eficácia do Tratamento**

Em relação aos modelos de tratamento, uma maior eficácia na assistência aos indivíduos dependentes de drogas é alcançada por programas que oferecem um maior número de opções de tratamento, com diferentes modelos teóricos de atendimento (LARANJEIRA, 1996).

Sobre a avaliação do tratamento, Kleinman (1992, *apud* REZENDE, 1999) aborda os aspectos centrais da dependência de drogas e o abandono do tratamento. A autora relata que as desistências, apesar do alto índice, estão dentro do intervalo, considerado “típico”. Neste estudo, dos cento e quarenta e oito participantes do estudo, 42% desistiram antes do 3º encontro e apenas 24% compareceram a seis ou mais sessões. A idade demonstrou ser um importante fator para predizer maior adesão à terapia, bem como a ausência de experiência prisional e a presença de menor comprometimento psicológico indicaram tendência de maior

permanência em tratamento.

Pinsky; Silva; Marques; Formigoni (1995), num estudo qualitativo dos motivos para o abandono de tratamento ambulatorial por dependentes de drogas, realizado na Escola Paulista de Medicina, confirmaram que o abandono do tratamento está relacionado com o aumento ou manutenção da gravidade da dependência e as recaídas.

Galduróz e Carlini (1993) afirmam que é importante, no tratamento de dependência de drogas, profissionais capacitados que saibam lidar com as recaídas e a motivação do paciente.

Cruz e Silva Filho (2005), em um estudo, buscam identificar as deficiências da formação médica para a assistência de usuários de drogas e as estratégias para suplantá-las. Concluem que o modelo biológico predomina na formação dos médicos. Além disso, a formação acadêmica para assistência a usuários de drogas é considerada insuficiente pelos médicos entrevistados e a prática possibilita a constituição de um novo *habitus* de cuidado para integração de um saber adquirido na formação a partir das disposições individuais de cada profissional.

No que diz respeito à avaliação do tratamento, no âmbito da desintoxicação, a qual geralmente é prescrita para ser completada em vinte um dia ou até menos, Strang (1992) ressalta que vários estudos têm revelado poucas evidências de efetividade em avaliações após um ano de tratamento e a desintoxicação aparece como pouco efetiva comparada a tratamento de substituição da droga pela metadona ou comparada àquelas de comunidades terapêuticas.

Os estudos indicam que melhores resultados são obtidos em tratamentos acima de três meses, em comparação aos de curta duração, e esses têm demonstrado poucos benefícios, independentemente do tipo de tratamento aplicado. Além da abstinência, como meta primeira a ser alcançada é possível ter outras metas que estão se tornando cada vez mais aceitas, por meio da abordagem de redução de danos. Esse modelo busca a compreensão da variabilidade do usuário de droga e pauta na negociação do contrato terapêutico, porém, há, ainda hoje, muitas resistências nesta abordagem, considerando-a como sem efetividade (STRANG, 1992).

Uma pesquisa realizada por Marques; Buscatti e Formigoni (2002), que teve o objetivo de estudar o abandono nas diferentes fases do tratamento, o perfil dos pacientes e os fatores preditivos do abandono, afirma que o abandono ao tratamento de dependência de drogas é menor quando múltiplos recursos são aplicados na fase inicial do tratamento e que o suporte social como a orientação para os familiares é outro recurso que favorece a adesão.

O resultado desse estudo levanta a importância de desmistificar o tratamento, esclarecer o papel do terapeuta e a responsabilidade do paciente pela própria mudança, assim como introduzir técnicas de prevenção de recaída para possibilitar o aumento de adesão ao

tratamento.

Formigoni; Silva e Ferri (1995) em seus estudos, afirma que, em relação a pacientes que abandonam precocemente o tratamento e àqueles que abandonaram mais tarde, haveria uma distinção. Contudo essa autora prefere falar em termos de um contínuo de exposição ao programa de tratamento do que analisar somente o fato do indivíduo ter ou não completado o tratamento. Os autores ainda citam que a mudança de comportamento do paciente em tratamento depende muito da motivação e que pode ser afetada pelo seu ambiente externo e pelos seus relacionamentos.

Num estudo sobre intervenção breve, no modelo Minnessota, buscou-se verificar a prontidão para o tratamento numa amostra de vinte e cinco alcoolistas. Os resultados mostram que, embora tenha havido 64% de adesão, não houve diminuição da ambivalência dos alcoolistas e esse estudo aponta para a necessidade de se utilizar técnicas motivacionais para a diminuição da ambivalência, visando o aumento na adesão, prevenção de recaída e pareamento, ou seja, comparação do paciente ao tratamento e o controle da auto-eficácia (RESENDE; AMARAL; BANDEIRA; GOMIDE, ANDRADE, 2005).

A partir dessa gama de intervenções descritas, pontua-se desde a abstinência como única meta a ser alcançada até o gerenciamento de fatores de danos. Nesse campo, acredita-se serem importantes diversas estratégias em prol da melhoria da qualidade de vida, da readaptação, da aquisição de novas habilidades e hábitos, da busca de novas construções sociais, afetivas e até mesmo da busca da espiritualidade.

Segundo Formigoni (1992), Formigoni e Neumann (1993) e Marques (1997), o tratamento para a dependência química, no Brasil, acompanha essa mesma tendência mundial e o que se tem hoje, em alguns serviços especializados, que desenvolvem pesquisa sobre a efetividade das intervenções, é a utilização da psicoterapia mais breve.

Formigoni e Neumann (1992), no que diz respeito a tratamento de toxicodependente, enfatizam que, dependendo do critério de sucesso ou fracasso adotado, as respostas e as conclusões podem ser diferentes. Assim, verifica-se cada vez mais a necessidade de conhecer e avaliar os tratamentos em dependência de drogas.

A avaliação de serviços em dependência de drogas baseado em critérios científicos é um procedimento complexo, que requer estudos sistematizados, com grupos de controle para comparação e amostras randomizadas, os quais são difíceis de serem implementados em serviços que não contam com a presença de profissionais qualificados (FORMIGONI, 2001). Castel e Formigoni (1999) pontua que há escalas de avaliação de resultado de tratamento em dependência de drogas, como a LDQ (*Leeds Dependence Questionnaire*), DrInc (*Drinker*

*Inventory of consequences*), ESA (Escala de seguimento alcoolistas) e ASI (*addiction Severity Index*). Contudo, é importante salientar que, na avaliação, há muitos fatores e aspectos que devem ser abordados, como custo, benefício para os pacientes, para a comunidade e outros.

Segundo Carrol e Rounsaville (2003), a eficiência do tratamento em toxicodpendência, que leva em consideração o coeficiente custo/ benefício, é medida pelos resultados da análise de variáveis, como prevenção da recaída e/ ou manutenção da abstinência, melhoria nos comportamentos de adaptação social, percepção da auto-eficácia, percepção do bem-estar individual e do grau de satisfação do tratamento.

“Concorda-se com a importância da avaliação da eficácia dos atendimentos ao dependente de drogas, mas adverte para que isto não se torne uma obsessão, nem uma ânsia por estudos epidemiológicos e quantitativos e nem mesmo estudos para mostrar números e para exibir taxas de indivíduos recuperados” (BUCHER, et.al.,1995, p.85).

Os serviços de atendimento à drogadependência foram criados e/ ou adaptados em diferentes estágios de dependência química, como ambulatorios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, entre outros e, para ampliar o setor de atendimento, nasceu a necessidade de sensibilizar a rede de atendimento, buscando o diagnóstico precoce à motivação dos usuários para o tratamento (ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ABUSO DE SUBSTANCIAS Y LA SALUD MENTAL -SAMSHA, 1999).

De acordo com Kerr-Corrêa; Lima; Dalben; Hegedus (1999), o tratamento na dependência de drogas deve ser visto a partir de sua natureza crônica, recorrente dos transtornos e não em termos de cura e não cura. A autora pontua a complexidade nos mecanismos da dependência de drogas, a variação ampla das abordagens e acredita na importância de se estudar pessoas que abusam de drogas, mas que não são dependentes.

Segundo Tancredi, Barrios, Ferreira (1998) boa parte dos serviços em atendimento a dependentes químicos são organizados exclusivamente com a boa vontade, sem nenhuma equipe preparada e apresentam disponibilidade de atendimento limitado.

É necessário o conhecimento da estrutura do serviço e das necessidades dos pacientes dependentes de drogas, pois, assim pode-se orientar e otimizar as propostas e o processo de planejamento, o que constitui etapa fundamental na organização do serviço. Pontua-se que os serviços de organização em dependência química, atualmente, contam com manuais, diretrizes de fácil acesso que viabilizam a implementação desses serviços (RIBEIRO, 2004).

A OPAS (2004) preconiza que a combinação entre intervenções farmacológicas e

psicossociais seja a estratégia mais efetiva no tratamento da dependência de substâncias psicoativas.

Machado e Klein (2005) realizam um projeto em tratamentos na drogadependência que fornece base empírica para a tomada de decisão clínica e valida empiricamente os procedimentos psicoterapêuticos. Os autores enfocam a importância do monitoramento dos resultados ao longo do tratamento do paciente dependente químico, no contexto terapêutico, comparando com seu padrão de mudança prevista.

A exemplo da APA (2003), Laranjeira, Alves, Araújo, Baltieri, Bernardo e Castro (2003), por meio do consenso brasileiro para o tratamento de usuários de drogas psicoativas, baseando-se nas evidências até então publicadas, recomendam técnicas psicoterápicas, entrevistas motivacionais, intervenção breve, prevenção de recaída e terapia cognitivo-comportamental.

De forma geral, as abordagens no tratamento em dependência de drogas são variadas. Inclui-se desde o atendimento hospitalar, hospital dia, tratamento ambulatorial, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda, clínicas, atendimento psiquiátrico e psicoterapêutico, entre outros, os quais estão cada vez mais aumentando e fazendo parte do nosso atual contexto. Verifica-se essa multiplicidade de instituições envolvidas com a dependência de drogas e, segundo Bucher (1985), há um intercâmbio entre essas instituições, já que é pouco comum encontrarmos modelos puros de tratamento.

### **1.6. Instituição: Promotora de Saúde ou de Doença?**

Como este estudo tem foco nas instituições de atendimento à dependência de drogas, descreve-se a partir de autores que pesquisaram significativamente sobre instituições, como Bleger, Goffman e Foucault.

A instituição é como um conjunto de normas, padrões e atividades agrupadas em torno de valores e funções sociais e, também, como uma organização, no sentido de uma distribuição hierárquica de funções que se realizam num espaço delimitado (BLEGER, 1992).

Bleger (1992) utiliza a compreensão psicanalítica das relações instituídas nos grupos, parte da compreensão da dinâmica inconsciente das relações grupais e institucionais, bem como os conflitos, defesas e ansiedades presentes nas relações. O autor utiliza o termo Psico-Higiene, prática esta junto à população que está dentro do serviço de Higiene Mental e Saúde

Pública. Visa proporcionar condições para a vida e saúde, ao nível de interação, como a família, escola, trabalho e atividades institucionais e comunitárias.

Em relação a hipóteses sobre origem de processos grupais, Bleger (1992) afirma que a primeira é que o indivíduo não nasce no isolamento para se desenvolver socialmente, o que ocorre é a indiferenciação entre o eu e o outro. Posteriormente, a possibilidade da construção da identidade e de vínculos ocorre por via corporais, pré-verbais a partir das emoções e comportamentos. Assim, jamais haverá um corte absoluto da individuação.

A instituição indica ter um grau de patologia nas relações quando demonstra ausência de conflitos e/ ou recursos para resolvê-los, bem como expressa estereotipia, dilema e ambigüidade. Considera que a Instituição não é somente um instrumento de regulação, normalização, controle social ou promotora de saúde, mas também pode ser um espaço que cristaliza valores, crenças que reforçam a resistência a mudanças. Muitas vezes pode se tornar depositária de sistemas de defesa frente às ansiedades e fontes de alienação. Enfim, a instituição é o meio pelo qual se pode desenvolver ou se esvaziar e se estagnar (BLEGER, 1992). A instituição pode ser palco tanto para o adoecimento como para a cura.

Goffman (1974) utiliza o termo de instituições totais para caracterizar a relação do sujeito com a instituição, na qual há progressivamente um afastamento dos direitos que o indivíduo exercia livremente em seu mundo externo, caracterizando-se como uma ruptura inicial com os papéis anteriores para assumir o papel de internado.

"Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada" (GOFFMAN, 1974, p.11).

O autor criou o conceito de "instituição total", considerada por ele como um modelo ideal-típico capaz de verificar a rotina em tais organizações, assim como seus aspectos degradantes para a personalidade do indivíduo. As instituições totais não permitem qualquer contato entre o internado e o mundo exterior, até porque o objetivo é excluí-lo completamente do mundo originário, a fim de que o internado absorva totalmente as regras internas, evitando-se comparações, prejudiciais ao seu processo de "aprendizagem" (GOFFMAN, 1974).

Essas instituições, segundo Goffman (1974), podem ser divididas em grupos. Em primeiro lugar, instituições criadas para cuidar das pessoas que, segundo se pensa, são incapazes e inofensivas; nesse caso, estão as casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes. Em segundo lugar, há locais estabelecidos para cuidar de pessoas consideradas incapazes de

cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional; sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e leprosários. Um terceiro tipo de instituição total é organizado para proteger a comunidade contra perigos intencionais, e o bem-estar das pessoas assim isoladas não constitui o problema imediato: cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração. Em quarto lugar, há instituições estabelecidas com a intenção de realizar de modo mais adequado, alguma tarefa de trabalho, que se justificam apenas por meio de tais fundamentos instrumentais: quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias e grandes mansões (do ponto de vista dos que vivem nas moradias dos empregados). Finalmente, há os estabelecimentos destinados a servir de refúgio do mundo, embora muitas vezes sirvam também como locais de instrução para os religiosos; entre exemplos de tais instituições, é possível citar abadias, mosteiros, conventos e outros claustros.

Goffman (1974) cita o termo processo de mortificação, o qual leva o internado a se afastar de problemas, a fim de evitar incidentes, relevando sua autonomia de vontade. Assim, recebe sua instrução formal e informal, buscando sempre um comportamento que o afaste de sofrimentos físicos e psicológicos. A “mortificação do eu” corresponde à contínua mutilação da identidade do indivíduo quando esse se depara com a homogeneização ligada aos mecanismos disciplinares, seja pelo fato de o sistema institucional submeter o interno a diversos procedimentos que deterioram a identificação do sujeito com seus antigos papéis sociais; seja pela transformação do interno em objeto, dada especialmente pela perda das posses relativas à identidade. Ambas se processam em razão do princípio da impessoalidade, premissa da lógica de burocratização.

Além da minuciosa regulamentação de todas as atividades relacionadas ao espaço na organização, ao tempo de execução das atividades e às ações empreendidas pelos internos, a disciplina nas organizações totais é efetuada a partir de um sistema formalizado de vigilância. De acordo com Goffman (1974), a função da vigilância nas instituições totais é fazer com que todos realizem o que foi claramente indicado como exigido, sob condições de que a infração de uma pessoa tende a salientar-se diante da obediência visível e constantemente examinada dos outros. Além da vigilância, são considerados como importantes mecanismos disciplinadores a punição, a recompensa e o exame, segundo Foucault (1996), o qual é verificado sob a forma de registro documental e escrito.

De acordo com Foucault (1996), nas instituições, há a presença marcante da disciplina, a qual se configura como um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior adestrar, moldar. A doutrinação imposta pela disciplina formal das instituições totais

revela um direcionamento especificamente estratégico dado a essas ações. O interesse exclusivo em aplicar a disciplina consiste no controle da ordem da instituição, vista como um sistema independente equilibrado (GOFFMAN, 1974).

Goffman (1988) utiliza o termo “estigma” em seus estudos e define como um atributo profundamente depreciativo, que estigmatiza alguém e que pode confirmar a normalidade de outro indivíduo. É, também, uma marca que, desde os gregos, emprega-se, como indicativo de uma degenerescência, estigma do mal, de doença e é tido como comportamento desviante, ou melhor, os desviantes sociais, que são considerados uma espécie de negação coletiva da ordem social.

A dependência de drogas apresenta um caráter de estigma, que pode estar ligada à culpa de caráter individual, percebida como vontade fraca e como desonestidade. Para lidar com o estigma, apesar dos rótulos, as pessoas criam grupos para se fortalecerem, cujos membros se agrupam sob um título comum, como o grupo dos Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos.

Sobre seu aspecto de instituição total, "transformadora de indivíduos", podemos lembrar Michel Foucault (1996), o qual afirma que a instituição constrói indivíduos passivos e submissos. O controle das atividades inicia com horários, estabelecimento das censuras, obrigação de ocupações determinadas, regulamentação dos ciclos de repetição, a utilização exaustiva de atividades, o princípio da não ociosidade e o adestramento do indivíduo.

Para Foucault (1996), nas instituições, há o poder, porém é um poder modesto, com a realização de procedimentos menores se compararmos aos rituais da soberania em seus aparatos do Estado. O sucesso do poder disciplinar se deve ao uso do instrumento simples como olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico, o exame. O castigo disciplinar tem a função de reduzir os desvios, pois deve ser corretivo. Há punições na ordem do exercício, aprendizagem intensificada e, assim, deve-se castigar e recompensar. Há uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Portanto, o indivíduo pode ser descrito, mensurado, medido, comparado. Além disso, o indivíduo tem que ser treinado e assim é classificado e possivelmente excluído.

Pelos autores citados, verifica-se que as instituições atuam para a eficiência no modelo burocrático de coordenação e de controle, tendo, como pontos marcantes, a disciplina, a legitimidade da ordem e o controle social. Contudo, as instituições podem ser veículo de valores/ crenças estagnadas, como também, possibilidades de superação.

### **1.7. Promoção de Saúde**

Reis e Vianna (2004) cita o termo promoção de saúde pela primeira vez, no momento em que Singerist, em 1946, busca reordenar o sentido da medicina em quatro funções: promoção de saúde, a prevenção das enfermidades, a cura e a reabilitação. Contudo, considera-se o primeiro marco conceitual da promoção de saúde: o Informe Lalonde que, na data de 1974, estabeleceu dimensões do processo saúde- enfermidade- cuidado, sendo uma delas a organização do sistema de atenção à saúde, a qual consiste na quantidade, qualidade, índole, ordem, relações entre os indivíduos e recursos da atenção à saúde.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, pela Organização Pan Americana de Saúde OPAS (2005), a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas ausência de doença. Essa definição é muito genérica e conceitua a saúde como um estado normativo, ou seja, como um ideal a ser alcançado. A Organização Mundial de Saúde, em 1986, redefiniu o conceito de saúde como a extensão em que o indivíduo ou um grupo, por um lado, é capaz de realizar suas aspirações e satisfazer suas necessidades e, por outro lado, de modificar ou lidar com o meio que vive. A saúde é vista como recurso para a vida de todos os dias, ou seja, uma dimensão da qualidade da vida e não um objetivo de vida.

Assim, o estado de saúde não é influenciado somente por fatores biológicos, mas também por fatores psicológicos, econômicos, culturais e sociais. A saúde e os comportamentos a ela relacionados ocorrem num sistema de influências mútuas (PAIS RIBEIRO, 1998).

Para Pais Ribeiro (1998), no campo da saúde, surge a busca de alterar o estilo de vida da população, como a modificação de alguns comportamentos: cuidar da alimentação, deixar de fumar, controlar o *stress*, praticar exercícios físicos, ter meios para recrear e descansar, entre outros. Nesse contexto, salienta-se o conceito importante como a promoção de saúde e o estilo de vida. Para o autor, promoção de saúde é um conceito multidisciplinar o qual inclui aspectos organizacionais, econômicos, ambientais e, em última análise, a mudança de comportamento ligado à adoção de um estilo de vida mais saudável. “Promoção de Saúde é o processo de capacitar as pessoas para aumentarem o controle sobre a sua saúde e para melhorá-la” (PAIS RIBEIRO, 1998, p.69).

Moysés, Moysés e Krempel (2004) afirmam que as intervenções de promoção de saúde apresentam caráter ampliado, envolvendo a colaboração, a participação e o comprometimento de diferentes setores. A utilização de múltiplas estratégias coloca-se como questão crucial para a sustentabilidade das políticas públicas de promoção de saúde, apontando para a

necessidade de formação de redes colaborativas, além de bases políticas e legislativas que permitam a continuidade das intervenções.

Para Bishop (1994), a definição da saúde como ausência de doença, sem sintomas ou sinais de disfuncionamento físico ou psíquico, tornou-se parcial, provisória, passando a ser definida como um conceito baseado na percepção pessoal do indivíduo e, assim, subjetivo. Também, a doença necessitou de redefinição, uma vez que é possível sentir-se doente sem ter doença, do mesmo jeito que pode haver doença sem se sentir doente.

É interessante considerar, na relação saúde e doença, a subjetividade, as crenças e as representações do sujeito. É importante considerar as crenças implícitas que o paciente tem sobre sua doença, distinguindo do modelo biomédico, que busca definir saúde e doença de maneira mais objetiva possível (OGDEN, 1999).

Bleger (1989) cita a importância da promoção de saúde, entendendo por saúde não somente ausência de doença, mas um aproveitamento mais eficiente dos recursos disponíveis para mobilizar sua própria atividade na procura de melhores condições de vida.

Parreira (2005) pontua a necessidade de uma reorientação acadêmica na formação de psicólogos e na sua qualificação profissional no que se refere à perspectiva da promoção de saúde, pois a essa compete a amplitude no campo da psicologia, já que não é exclusivamente de uma área específica.

Bógus (2002) assume a promoção da saúde como uma importante estratégia da saúde coletiva, contrapondo-se à medicalização da sociedade em geral e ao interior do próprio sistema de saúde. Atualmente, a promoção da saúde é entendida como um campo conceitual, político e metodológico para analisar e atuar sobre as condições sociais que são críticas para melhorar a situação de saúde e a qualidade de vida das pessoas. Assim, desde a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, em 1986, as demais conferências internacionais têm difundido conceitos básicos que exigem um reposicionamento da saúde coletiva em torno do compromisso de saúde para todos. As discussões de Ottawa e debates posteriores, realizados ao redor do mundo, vêm ajudando a delinear o novo paradigma da produção social do processo saúde-doença. A saúde de cada indivíduo, dos vários grupos sociais e de cada comunidade, depende das ações humanas, das interações sociais, das políticas públicas e sociais implementadas, dos modelos de atenção à saúde, das intervenções sobre o meio ambiente e de vários outros fatores (ANDRADE e BARRETO, 2002).

Os encontros e as conferências posteriores à de Ottawa ressaltaram a necessidade de se adotarem propostas de intervenção inovadoras e mais abrangentes na implementação de políticas públicas saudáveis (CARTA DE OTTAWA, 2000).

De acordo com Brasil (2002), a declaração do México do ano 2000 reafirmou a contribuição das estratégias de Promoção da Saúde para a sustentação das ações nacionais e internacionais. Ainda expressou o compromisso de elaborar um plano de ação de alcance nacional para seguir de perto os progressos realizados na incorporação das estratégias de promoção da saúde na política e no planejamento em nível nacional e local. A partir da OPAS (2003), os estados membros da Organização Pan-Americana de Saúde e o conjunto da sociedade foram convocados a atuar em diversas áreas, como o emprego de provas científicas como fundamento da promoção da saúde, maiores investimentos em saúde, promoção da responsabilidade social, fortalecimento da capacidade dos indivíduos e das comunidades, garantia da infra-estrutura necessária para a promoção da saúde e a reorientação dos sistemas e serviços, usando critérios de promoção da saúde.

As alianças estratégicas mais comuns se estabelecem com agências governamentais, instituições de saúde e outros setores tais como educação, justiça, legislação, transporte, cultura e esportes, organizações não-governamentais (ONG), escolas, agentes de comunicação, grupos religiosos e organizações públicas e privadas. Conforme salienta uma publicação recente da Organização Pan-Americana de Saúde, todos esses setores vêm provando serem parceiros potenciais (OPAS, 2003).

A tarefa do setor saúde não está mais dirigida somente para a construção de um sistema de boa qualidade com acesso universal e com integralidade, capaz de atuar na promoção, proteção e recuperação, mas amplia-se na direção de um papel articulador e integrador com outros setores, também determinantes de condições de vida e de saúde (BÓGUS, 2002).

Para Croucher (1998), Maccdonald; Veen; Tones (1996) e Nutbeam (1998), a abordagem médica tradicional, na avaliação de intervenções de saúde, apresenta a perspectiva reducionista, visando medir quantitativamente o impacto sobre saúde individual ou mudanças individuais de comportamentos, conhecimentos e atitudes. Isso parece não ser capaz de refletir de forma adequada o que a promoção de saúde deseja alcançar.

Como decorrência do surgimento, implantação e implementação de políticas públicas, que têm a promoção da saúde como eixo, aumenta a necessidade de se aprimorar e investir em processos avaliativos para conhecer adequadamente os processos e os resultados de tais ações. O relatório do grupo de trabalho promovido pela Organização Mundial de Saúde, WHO (1998a) estabeleceu quatro aspectos que devem, necessariamente, fazer parte dos projetos de avaliação das iniciativas de promoção da saúde: participação: envolver, de uma maneira apropriada, em cada estágio, todos aqueles que têm interesse legítimo na iniciativa sendo avaliada; múltiplos métodos: buscar um delineamento que utilize elementos de vários campos

disciplinares, utilizando-se de vários procedimentos para coletar dados; capacitação: aprimorar a capacidade de indivíduos; organizações e governos de equacionar relevantes problemas de promoção da saúde e adequação: fomentar um planejamento que considere a natureza complexa da intervenção e o seu impacto em longo prazo.

A dimensão da promoção de saúde expressa a necessidade de redimensionamento do papel da saúde pública para a promoção de saúde. Um exemplo é a estratégia criada pela Organização Pan Americana e pela Organização Mundial da Saúde para estimular a orientação do sistema de saúde com vistas à promoção de saúde, apoiando iniciativas que adotem a viabilidade de desenvolvimento saudável, a avaliação da qualidade, a humanização e a resolutividade da atenção, cujo objetivo principal é a contribuição para a melhoria da qualidade de vida (OPAS, 2004; MALO, 2002).

A partir da contribuição dos autores citados acima, afirma-se que esse novo paradigma de saúde preconiza a responsabilidade pessoal e social além de indicar ações que contribuem para melhorar o estilo de vida. Na relação saúde-doença, há um contínuo e esse novo modelo focaliza que a orientação seja voltada para a saúde em vez de ser para a patologia.

### **1.8. Órgãos Oficiais de Regulamentação dos Serviços de Atendimento à Dependência de Substâncias Psicoativas**

Citamos os órgãos oficiais de regulamentação importantes nos serviços de atendimento à dependência de substâncias psicoativas, no Brasil, como a Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas e a Agência de Vigilância Sanitária. Enfocamos, também, o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas, CAPS ad, por caracterizar como serviço oficial na área de drogadependência.

Segundo dados da FEBRACT (2005), Federação Brasileira de Comunidade Terapêutica, sua fundação foi em 16 de outubro de 1990, quando foi inscrita como órgão de utilidade pública federal, de utilidade pública municipal, registrada no Conselho de Assistência Social e cadastrada na Secretaria Nacional Antidrogas.

O surgimento da FEBRACT ocorreu no período em que a grande maioria das comunidades terapêuticas atuava sem qualquer respaldo técnico e ético. Os cursos ministrados por eles direcionavam a conhecimentos básicos para as comunidades terapêuticas e contavam com aqueles que trabalhavam com programas de prevenção ao uso de drogas. O centro de treinamento iniciou suas atividades em 1994, ofereceu cursos para 904 comunidades terapêuticas e representantes de instituições diversas, como redes escolares municipais e

estaduais, órgãos governamentais ligados à Justiça, Universidades, Exército, Marinha, Polícia Militar e Civil, conselhos municipais de entorpecentes, conselhos tutelares, núcleos de amor exigentes, prefeituras municipais e hospitais. Além disso, há os cursos que administra em sua sede, em Campinas (FEBRACKT, 2005).

A FEBRACKT é filiada às Federações Mundial e Latino-Americana de Comunidades Terapêuticas e segue uma proposta aceita universalmente. Desde o início de funcionamento, o centro de treinamento teve como prioridade o estabelecimento de código de ética para as comunidades terapêuticas. A partir do centro de treinamento, houve um desenvolvimento da qualidade e no nível de atendimento e da ética nas comunidades terapêuticas. Além dos cursos que ministra, a FEBRACKT orienta as comunidades terapêuticas desde a elaboração de seus estatutos, à organização interna e ao relacionamento com a comunidade.

Segundo a FEBRACKT (2005), em 1995, considerando a disseminação desregulada de organizações que se denominavam “comunidades terapêuticas” e que eram apenas depósitos que exploravam os dependentes e suas famílias, a Federação solicitou ao Conselho Federal de Entorpecente que estabelecesse normas mínimas de funcionamento ao lado da fiscalização. Assim, a FEBRACKT é um órgão que, gradativamente, vem atuando em vários campos de conhecimento e de atuação no âmbito nacional, no que diz respeito à questão das drogas e das comunidades terapêuticas.

Outro órgão importante é a Agência Nacional de Vigilância Sanitária que, nos séculos XVIII e XIX, representaram os primórdios da vigilância sanitária no Brasil, e nesse período, estavam vinculadas a fim de evitar a propagação de epidemias, com o processo de urbanização.

Segundo Brasil (2002d), em 1970, foi criada a Secretaria Nacional de Vigilância Sanitária, com o objetivo de estabelecer normas para o estabelecimento de serviços de saúde. No final da década de 80, ampliou-se a normalização dos serviços de saúde, concomitantemente, com o crescimento dos credenciamentos e de contratações de serviços pelo Ministério da Saúde.

É importante considerar a história da vigilância sanitária no Brasil, a qual foi impulsionada por muitos acontecimentos, como a eclosão da AIDS entre outros. A partir desses fatos ocorridos, a vigilância sanitária federal priorizou, em sua área de atuação, medicamentos e alimentos. Na área de serviços de saúde, o setor de licenças de funcionamento e inspeções permaneceu de forma descentralizada pelos estados e municípios. A Lei Orgânica da Saúde foi publicada nos anos 90, vinculada à área de serviços, com a

necessidade de introduzir o conceito de qualidade na assistência à saúde e foi marcada por iniciativas governamentais e não governamentais (ANVISA, 2005).

No final da década de 90, no contexto da reforma do estado brasileiro, foram criadas as Agências Regulatórias. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária surgiu a partir da Lei 9.782/99 e definiu a sua estrutura organizacional, o modelo de gestão, as funções, os cargos, os patrimônios e as receitas. A Portaria ANVISA nº 593 fixou sua estrutura e seu regimento interno, em agosto de 2000. A área de serviços de saúde foi reestruturada e foi criada a Gerência Geral de Tecnologia em Serviços de Saúde. Em maio de 2001, a Gerência de Avaliação em Serviços de Saúde- GEASA iniciou suas atividades (ANVISA, 2005).

Com a criação da ANVISA, o nível federal incorpora a normalização e o controle de serviços de saúde. Assim, para manter a integração dos níveis do Sistema Nacional de Vigilância Sanitária e um maior aporte de recursos, os estados fizeram o acordo com os chamados “Termos de Ajuste”. Na área de serviços, foi estabelecido um número de inspeções anuais a serem realizadas pelos estados nos estabelecimentos prioritários para a ANVISA e cerca de dois terços da arrecadação da Agência é repassada para vigilâncias sanitárias estaduais.

Segundo a ANVISA (2005), a área de avaliação em Serviços de Saúde tem como objetivo desenvolver um modo de avaliação, disseminar conceitos de qualidade e estimular os serviços de saúde e alcançar padrões mais elevados de assistência. Faz-se relevante considerar pontos importantes da avaliação em serviços de saúde, como: o apoio ao desenvolvimento de sistema de informações, visando o monitoramento das atividades de vigilância em serviços de saúde; o estabelecimento de um cadastro nacional, a proposta de mecanismos e instrumentos de acompanhamento e a avaliação de serviços de saúde, a fim de organizar e racionalizar as ações de vigilância de serviços de saúde, a definição e padronização e indicadores para realizar o monitoramento de serviços de saúde; o processamento e a análise das informações relativas aos serviços de saúde, visando a elaboração de estudos e diagnóstico da área; a divulgação e a disseminação de informações referentes aos serviços de saúde e o desenvolvimento de atividades com os órgãos afins de administração federal, estadual, e municipal, com o objetivo de dar suporte ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Um dado importante sobre a ANVISA é sobre a prorrogação por 90 (noventa) dias, a contar de 30 de maio de 2003, o prazo estabelecido para que os serviços já existentes possam adequar-se ao disposto na RDC/ANVISA nº 101/01.

Outro órgão oficial em relação a serviços oferecidos em drogadependência é o Centro de Atenção Psicossocial para álcool e drogas- CAPS ad -criado pelo Ministério da Saúde

(2002) o qual conta com algumas atribuições. Segundo Brasil (2002), o CAPS ad, Serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, oferece capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000. Apresenta as seguintes características: constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local; sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território; possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local; coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes; supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ ou do módulo assistencial; realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial; funcionar de 8h às 18h, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21h e manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.

A assistência prestada ao paciente no CAPS ad para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades: atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros); atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras); atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio; visitas e atendimentos domiciliares; atendimento à família; atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social; refeição diária para os pacientes assistidos em um turno (BRASIL, 2002).

A equipe técnica mínima para atuação no CAPS ad II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo quarenta e cinco pacientes/ dia, é composta por: um médico psiquiatra; um enfermeiro com formação em saúde mental; um médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas; quatro profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais:

psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; seis profissionais de nível médio: técnico e/ ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão (BRASIL, 2002).

Segundo Laranjeira (1996), no Brasil, não há uma legislação sobre o papel de cada profissional de saúde no tratamento dos dependentes químicos, apesar dos problemas advindos desta questão.

Enfim, Brasil (2002) estabelece que os CAPS I, II, III, CAPS i II e CAPS ad deverão estar capacitados para o acompanhamento dos pacientes de forma intensiva, semi-intensiva e não-intensiva, dentro de limites quantitativos mensais que serão fixados em ato normativo da Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde.

O Ministério da Saúde apresenta órgãos que regulamentam os serviços de saúde, contudo há muita precariedade nesse setor. Para Cohn e Elias (1999), os indicadores de saúde no país compõem uma realidade alarmante, produtos do modelo de desenvolvimento excludente que prevalece no Brasil. Esses autores afirmam que o perfil da organização dos serviços de saúde apresenta-se centralizado e as definições de diretrizes e prioridades para o setor são elaboradas pelo Governo Federal e Executivo enquanto os estados e os municípios apresentam pouca autonomia.

Questiona-se a função primordial do Estado, isto é, sua função redistributiva, seja entre distintos segmentos sociais, seja entre distintas regiões, unidades federadas e outros. Uma das possibilidades presentes, no atual cenário, é que a reforma do sistema de proteção social, ao privilegiar mais uma vez a racionalidade econômica diante das necessidades sociais, não mude a lógica das políticas brasileiras que, em vez de compensarem as diferenças sociais, continuam a produzir essas desigualdades (COHN e ELIAS, 1999).

## **2. Objetivos**

O objetivo deste trabalho é descrever o procedimento de intervenção utilizado pelas instituições de atendimento em dependência de drogas, a partir da experiência do dirigente.

Descrevemos, ainda, outras variáveis como a definição de dependência de drogas, a metodologia de trabalho adotada nessas instituições, os critérios de avaliação dos resultados e fatores de promoção de saúde.

### **3. Método**

Esta é uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, a qual, no primeiro momento, conta com uma parte quantitativa e, posteriormente, com uma parte qualitativa. Na primeira parte, realizamos um levantamento sobre os serviços oferecidos em atendimento a toxicodependentes, na região do Vale do Paraíba, no estado de São Paulo. O presente estudo mapeou as instituições que atuam na área de dependência de drogas, por meio do levantamento que fizemos a partir dos órgãos públicos, particulares e oficiais das cidades escolhidas para esta pesquisa, como a ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária e a FEBRACT, Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas.

Na segunda parte, realizamos, a partir das instituições visitadas e entrevistadas, uma análise qualitativa do material coletado.

#### **3.1. Amostra**

Os sujeitos da pesquisa são as instituições de atendimentos aos dependentes de drogas, a partir do critério de inclusão dos dirigentes ou responsáveis. Compreende-se por Instituições de atendimento em dependência de drogas aquelas que atendam a dependentes de substâncias psicoativas, situadas nas cidades escolhidas, podendo ser tanto particular, pública ou ONG (organização não governamental).

As cidades escolhidas para o estudo foram por amostra de conveniência. Optamos, em primeiro plano, pela inclusão das instituições de atendimento das cidades de Pindamonhangaba, Taubaté e Caçapava devido à facilidade geográfica de acesso às instituições. Em segundo plano, a escolha das cidades ocorre por elas se situarem ao redor da UNITAU, Universidade de Taubaté, que forma profissionais da área de saúde, pois oferece cursos de Psicologia, Serviço Social, Biologia, Enfermagem, Fisioterapia, Educação Física e Medicina.

Adotamos, para o estudo, uma instituição que não está entre as três cidades citadas, já que tem sua sede na cidade de Guaratinguetá, interior do Estado de São Paulo. Foi escolhida por ser uma das mais tradicionais com mais tempo de funcionamento e por ser registrada pela FEBRACT.

As instituições foram selecionadas a partir de um conjunto de critérios de inclusão em relação aos serviços oferecidos, nas três cidades do Vale do Paraíba. O primeiro critério se refere aos serviços oferecidos, registrados e filiados pela FEBRACT- Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas- e pela ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária. O segundo critério se refere aos serviços oferecidos indicados pelas prefeituras e/ ou secretarias de saúde e/ ou assistência social e/ ou saúde mental dessas cidades. Por último, refere-se aos serviços e/ ou instituições mais conhecidas nas três cidades.

Pelo levantamento realizado a partir dos critérios já citados, pela FEBRACT, há trinta e nove instituições cadastradas na região de São Paulo. Especificamente, as instituições cadastradas no Vale do Paraíba são: uma instituição em Guaratinguetá, citada acima, uma na cidade de Ubatuba, uma na cidade de Caçapava e duas na cidade de Guarujá.

Pela ANVISA, há 66 instituições na região do estado de São Paulo e, especificamente, as instituições cadastradas no Vale do Paraíba são duas em Caçapava e uma na cidade de Taubaté.

Pelo critério da prefeitura e/ ou serviço social, dentre as mais conhecidas, há três instituições em Taubaté e três instituições em Caçapava, sendo que, entre essas, algumas estão também sobre outros critérios, como a ANVISA e a FEBRACT. Por último, há as instituições que não têm registro, uma em Pindamonhangaba, cinco na cidade de Caçapava e uma em Taubaté, e para a última, já foi feito o pedido pela prefeitura para registro.

A partir dos critérios adotados, entrevistamos um total de dez instituições. As entrevistas foram realizadas uma em Pindamonhangaba, uma em Guaratinguetá, três em Caçapava e cinco em Taubaté. As entrevistas foram realizadas nas próprias instituições e todos os dirigentes das instituições convidadas aceitaram participar desse estudo.

### 3.2. Instrumentos

Na presente pesquisa, há duas etapas importantes na aplicação dos instrumentos: a observação e a entrevista. Primeiramente, a realização da visita, ou seja, o conhecimento do local, do espaço físico, enfim a observação.

A observação como um procedimento científico é sistemático e submetido à verificação e nesta pesquisa utilizamos a observação simples, sendo esta uma das mais indicadas para estudos qualitativos de caráter exploratório. A observação científica, segundo Danna e Matos (1986), é considerada um dos principais instrumentos de coleta de dados acerca do comportamento do ser humano e da situação ambiental.

É importante enfatizar que, durante a realização do projeto piloto, efetuamos a entrevista para testar a adequação do instrumento aos objetivos da pesquisa e aos propósitos do estudo exploratório. O procedimento e o roteiro de entrevista mostraram-se adequados para atingir os objetivos e, assim, são utilizados para a coleta das demais entrevistas.

O contexto da entrevista, segundo Bergeret (1983), não limita o entrevistado numa posição passiva, mas uma posição ativa, na qual ele mesmo organiza a comunicação. Ele considera, também, a presença do entrevistador, que é inerente aos processos de observação, de coleta do material e da própria interpretação dos dados.

Segundo Bleger (1979), a entrevista é um instrumento em psicologia de investigação científica. E acrescenta:

*“(...) A regra básica já não consiste em recolher dados completos da vida total de uma pessoa, mas em obter dados completos do seu comportamento total no decorrer da entrevista. Este comportamento total inclui o que recolhermos aplicando nossa função de escutar, porém também nossa função de vivenciar e observar(...)”*  
(BLEGER, 1979, p.9).

Criamos o roteiro de entrevista (em Anexo A) deste estudo e as perguntas são semi-dirigidas, para que o sujeito possa expressar mais espontaneamente suas experiências na Instituição.

De forma geral, a entrevista conta com uma primeira parte, que se refere ao histórico e à experiência da instituição, e com a segunda parte, que apresenta dados e informações não abordadas durante a comunicação aberta e espontânea.

As questões mais abrangentes permitiram aos entrevistados uma maior liberdade de expressar suas experiências, pois é possível acreditar que as informações provenientes da experiência e opinião das pessoas, sobre suas vivências e sobre o tratamento, poderão trazer

uma melhor percepção de sua realidade. O roteiro da entrevista permite ao sujeito dar limite as suas respostas, preservando a comunicação de sua experiência e assegurando possibilidades indefinidas de aprofundamento dos entrevistados.

O roteiro se remete a colher informações sobre o histórico da instituição; a experiência do responsável; a definição de dependência de drogas; o tratamento da instituição; os critérios de admissão, adesão, alta; os critérios de avaliação de resultado; as dificuldades; as mudanças ao longo da experiência; a promoção de saúde e, além disso, sugestões.

No momento da entrevista, pede-se para o entrevistado falar, espontaneamente, de sua experiência na instituição e do histórico da instituição. Em seguida, se alguns dos itens não foram atendidos, focamos estes itens de forma mais direta.

O roteiro está organizado de maneira a abarcar cinco grandes aspectos, citados abaixo:

**Histórico da Instituição:** Procura apresentar dados históricos da Instituição, bem como tempo de trabalho, data e modo de início, situação atual, mudanças ao longo do trabalho, dificuldades encontradas, equipe de trabalho, a dinâmica das relações, enfim, o panorama histórico da instituição.

**Definição de Dependência de Droga:** Procura relatar como as instituições entendem e compreendem a dependência de drogas, enfim, sua definição em dependência química.

**Tratamento e Metodologia de Trabalho:** Compreende dados referentes às estratégias de tratamento: forma do tratamento, fases, método e fundamentos.

**Avaliação de Resultados:** Busca apresentar o que se entende por resultados, critérios de avaliações dos resultados de suas práticas, embasamento para colher dados de resultados do tratamento, acompanhamento e avaliação sistemática durante o tratamento.

**Promoção de Saúde:** Busca descrever quais são os possíveis fatores de promoção de saúde existentes nas instituições.

### **3.3. Procedimento**

Certificamo-nos da possibilidade de agendar um horário e/ ou período para apresentar os objetivos desta pesquisa, sobre o termo de livre consentimento esclarecido e a carta de autorização. Transmitimos, aos entrevistados, os objetivos da pesquisa, o sigilo dos dados coletados e o consentimento do uso de gravador.

Na primeira etapa, realizamos as observações nas instituições, o conhecimento do espaço, da estrutura física e geográfica, da equipe, das pessoas em atendimento, perguntamos sobre os dados sócio-demográficos, sendo esses de difícil acesso e não tabulados, não

organizados. Assim, conhecemos a estrutura física, a dinâmica e o movimento das relações nas instituições. Tivemos a finalidade de conhecer a instalação física e manter o contato informal com as pessoas da instituição, principalmente com os dirigentes. A permanência no local ocorreu, aproximadamente, de quatro a cinco horas, período em que foi realizado o almoço. Esse tempo permitiu uma situação de informalidade, o que possibilitou um conhecimento amplo das instituições. Isso facilitou a segunda etapa, ou seja, a entrevista, a qual visou conhecer o histórico e a experiência das instituições bem como seus projetos de atendimento.

Observamos uma disponibilidade dos dirigentes em comentar sobre o trabalho, mostrando a instituição, em sua integralidade, e a entrevistadora sentiu o acolhimento das instituições.

Na segunda etapa, na entrevista, a qual ocorreu num espaço reservado, numa sala com menor interferência possível, solicitou-se ao responsável falar sobre sua experiência na instituição de atendimento a dependentes de drogas e sobre o seu histórico. O responsável pela instituição foi estimulado a relatar à vontade sobre sua experiência, de modo a não ser interrompido pelo entrevistador. Após esse período, a entrevistadora focou alguns itens do roteiro de entrevista, de maneira mais direta, os quais não foram abordados, até então, pelos entrevistados.

Realizamos as entrevistas em junho a agosto de 2005 na própria instituição. Todas elas foram gravadas e todos os entrevistados consentiram sobre a gravação, as quais, posteriormente, foram transcritas (Anexo D). Os dirigentes se dispuseram a receber a entrevistadora outras vezes, para fins acadêmicos, se for necessário, e também para visitas.

### **3.4. Tratamento dos Dados**

Apresentaremos o conteúdo das entrevistas e seguimos as seguintes etapas:

- análise estatística descritiva por meio da frequência das respostas por tabelas e quadros, ou seja, descrição quantitativa das instituições.
- descrição qualitativa das instituições por análise de enunciação e discussão e análise do material.

Os dados serão analisados a partir da análise de conteúdo de Bardin (1977), método esse favorável para o objetivo deste estudo, pois, segundo esse autor, a análise de conteúdo se refere a um conjunto de instrumento metodológico que pode ser aplicado em discursos diversificados e oscila entre o âmbito da objetividade e da subjetividade. Assim, esse tipo de

análise permite tanto uma leitura qualitativa, como também uma realidade quantitativa, ou seja, possibilitará ver a frequência com que surgem certas características do conteúdo.

Pela análise de conteúdo, procedemos em três etapas. Inicialmente, realizamos a leitura do material coletado para destacar os trechos cujos conteúdos estivessem relacionados aos temas abordados no roteiro da entrevista. Utilizamos o processo de leituras flutuantes, que, segundo Bardin (1977), é o estabelecimento de cortes do conteúdo das entrevistas e o material coletado é tratado como um conjunto de dados.

A seguir, procedemos com análise de enunciação, na qual cada entrevista é estudada em si, como uma totalidade organizada e singular. Posteriormente, houve o estabelecimento de categorias, que são classes que reúnem características comuns de elementos. Classificar elementos em categorias impõe a investigação de que cada um tem em comum com os outros (BARDIN, 1977). A exploração do material ocorre por operações de codificação, que é o processo de organização dos dados brutos em dados organizados. Foi realizada a análise da instituição por instituição e, posteriormente, foi realizada uma análise transversal dessas instituições.

Procedemos, também, a análise estatística simples, investigando as correlações entre os dados, as quais permitem estabelecimento de quadros de resultados e tabelas. Enfim, nos resultados, apresentamos as respostas dos entrevistados em categorias e propusemos inferência e interpretações.

Tanto na análise por enunciação como no estabelecimento de categorias, usamos a própria linguagem dos entrevistados, com as alterações necessárias apenas para uma melhor compreensão.

#### 4. Resultados - Análise Descritiva

Apresentamos os dados quantitativos das instituições pesquisadas.

Quadro 1. Relação do número de habitantes, pelo censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e número de instituições identificadas.

| Cidades         | N ° Habitantes | Área Total             | Instituições coletadas-<br>registradas ou não |
|-----------------|----------------|------------------------|-----------------------------------------------|
| Pindamonhangaba | 126.026        | 730.17 Km <sup>2</sup> | 1                                             |
| Taubaté         | 244.165        | 652,92 Km <sup>2</sup> | 5                                             |
| Caçapava        | 76.130         | 370 Km <sup>2</sup>    | 8                                             |
| Guaratinguetá   | 104.219        | 751.44 Km <sup>2</sup> | 1                                             |

Para compor a amostra deste estudo foram adotados os critérios de instituições com registro na Agência de Vigilância Sanitária e/ ou Federação Nacional de Comunidades Terapêuticas e/ ou prefeituras/ secretarias das cidades e/ ou as mais indicadas.

Observa-se que Caçapava é a cidade pesquisada com o menor número de habitantes e apresenta o maior número de instituições levantadas, embora cinco delas não estão dentro dos critérios pois não foram indicadas.

Quadro 2. Levantamento das instituições registradas pela ANVISA, FEBRACT, no estado de São Paulo, Prefeituras e Instituições não cadastradas.

| Cidades            | ANVISA | FEBRACT | Prefeituras | Não tem registro |
|--------------------|--------|---------|-------------|------------------|
| Total do Estado de |        |         |             |                  |
| São Paulo          | 66     | 39      | —           | —                |
| Pindamonhangaba    | 0      | 0       | 0           | 1                |
| Taubaté            | 1      | 0       | 3           | 1                |
| Caçapava           | 2      | 1       | 3           | 5                |
| Guaratinguetá      | —      | 1       | —           | —                |

Esses dados representam um número restrito de instituições cadastradas pelos órgãos oficiais e enfoca-se a importância de fiscalizações pelos órgãos competentes.

#### 4.1. Caracterização das Instituições

Tabela 1. Características sócio-demográficas dos entrevistados das instituições.

| Características     | Frequência |
|---------------------|------------|
| <b>Idade</b> (anos) |            |
| 26- 30              | 2          |
| 31- 40              | 3          |
| 41- 50              | 3          |
| 51- 60              | 1          |
| + de 60             | 1          |
| <b>Gênero</b>       |            |
| Masculino           | 7          |
| Feminino            | 3          |
| <b>Escolaridade</b> |            |
| 1º grau             | 2          |
| 2º grau             | 4          |
| 3º grau             | 4          |
| <b>Estado Civil</b> |            |
| Solteiro            | 3          |
| Casado              | 5          |
| Separado            | 2          |
| <b>Profissão</b>    |            |

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| Construção civil         | 1         |
| Teologia                 | 1         |
| Técnico eletricitista    | 1         |
| Técnico de administração | 1         |
| Monitor                  | 2         |
| Psicóloga                | 3         |
| Pastor                   | 1         |
| <b>Total</b>             | <b>10</b> |

Observa-se que a idade mínima do entrevistado é de 26 anos, a idade máxima é de 65 anos e a média em anos é de 42,2 anos. Predomina o dirigente do sexo masculino, metade dos entrevistados são casados e dois dos dirigentes apresentam nível de escolaridade do 1º grau. Pontua-se o baixo nível de escolaridade dos dirigentes de Instituições de atendimento a drogadependentes. As profissões dos dirigentes são variáveis e diversas com poucos profissionais da área da saúde.

Tabela 2. Características dos responsáveis pelas instituições em relação à área de dependência de drogas.

| Características                        | Frequência |
|----------------------------------------|------------|
| <b>Tempo de experiência (anos)</b>     |            |
| 1- 5                                   | 4          |
| 6- 10                                  | 3          |
| 11- 20                                 | 2          |
| + de 21                                | 1          |
| <b>Ocupação</b>                        |            |
| Profissionais da saúde                 | 3          |
| Para-profissionais                     | 7          |
| <b>Ex-dependente</b>                   |            |
| Entrevistado                           | 4          |
| Pertence a equipe                      | 8          |
| <b>Formação em Dependência Química</b> | 2          |
| <b>Total</b>                           | <b>10</b>  |

Observa-se que 70% das instituições os dirigentes apresentam tempo de experiência de um a dez anos e somente o dirigente de uma instituição apresenta tempo de experiência de vinte e um anos. A maioria dos dirigentes não tem formação em dependência química e 80% dos dirigentes que pertencem à equipe das instituições são “ex-dependentes” e essa definição é descrita segundo os próprios entrevistados.

Tabela 3. Perfil das instituições pesquisadas.

| Características              | Frequência |
|------------------------------|------------|
| <b>Natureza do registro</b>  |            |
| ANVISA                       | 3          |
| FEBRACT                      | 2          |
| Prefeituras                  | 5          |
| Sem registro                 | 2          |
| <b>Modalidade</b>            |            |
| Comunidade Terapêutica       | 6          |
| Hospital Psiquiátrico        | 1          |
| Hospital Dia                 | 1          |
| Clínica de tratamento        | 1          |
| Atendimento ambulatorial     | 1          |
| <b>Financiamento</b>         |            |
| Doação                       | 3          |
| Doação e venda de produto    | 1          |
| Convênio/ particular         | 5          |
| Doação/ convênio             | 1          |
| <b>Remuneração da equipe</b> |            |
| Com remuneração              | 4          |
| Sem remuneração              | 5          |
| Ajuda de custo               | 1          |

**Número de usuários atendidos (atual)**

|     |   |
|-----|---|
| 3   | 2 |
| 6   | 1 |
| 16  | 2 |
| 18  | 1 |
| 20  | 1 |
| 24  | 1 |
| 44  | 1 |
| 280 | 1 |

**Tempo de atividade (anos)**

|         |   |
|---------|---|
| 1 - 10  | 8 |
| 11- 20  | 1 |
| + de 20 | 1 |

**Atendimento ao gênero**

|                   |   |
|-------------------|---|
| Homens            | 3 |
| Homens e Mulheres | 7 |

**Tempo previsto de tratamento**

|         |   |
|---------|---|
| (meses) |   |
| 12      | 4 |
| 9       | 1 |
| 4 a 9   | 1 |
| 4 a 6   | 1 |
| 4 a 7   | 1 |
| 1       | 2 |

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| <b>Atendimento a co-morbidades</b> | 2 |
|------------------------------------|---|

---

**Admissão por idade**

|                         |   |
|-------------------------|---|
| a partir de 16/ 18 anos | 9 |
| a partir de 12 anos     | 1 |

---

**Meta da instituição**

|             |    |
|-------------|----|
| Abstinência | 10 |
|-------------|----|

**Filiação Religiosa**

|                |   |
|----------------|---|
| Catolicismo    | 2 |
| Protestantismo | 3 |
| Poder superior | 3 |
| Não tem        | 2 |

**Atendimento aos familiares**

|                  |   |
|------------------|---|
| 15 em 15 dias    | 3 |
| 1 vez por mês    | 3 |
| 4 encontros      | 2 |
| 1 vez por semana | 2 |

**Natureza do atendimento**

|                           |   |
|---------------------------|---|
| Informação                | 5 |
| Informação e orientação   | 2 |
| Informação/co-dependência | 3 |

---

**Total****10**

---

Verifica-se que dentre as dez instituições pesquisadas 30% são registradas pela ANVISA e 20% pela FEBRACT e assim, pontua-se baixo número de instituições registradas por esses órgãos. A maioria das instituições tem como modalidade de atendimento as Comunidades Terapêuticas.

O tempo de atividade das instituições que varia de um a dez anos corresponde a 80% e somente uma instituição atua a mais de vinte anos. Este dado revela que houve um maior número de instituições abertas nos últimos anos. Verifica-se que 70% das instituições atuam com para- profissionais. Metade das instituições pesquisadas apresenta tempo previsto de nove a doze meses e somente duas instituições atendem as comorbidades em dependência química.

Verifica-se que uma instituição admite pessoas a partir de doze anos e assim, há escasso trabalho voltado para pré-adolescentes. Todas as instituições têm como meta a abstinência, duas instituições não apresentam filiação religiosa em suas práticas e observa-se, nas demais, um cunho forte religioso. Não há tratamento psicoterapêutico familiar, há um trabalho de orientação, no âmbito informativo e as visitas.

Tabela 4. Características Conceituais.

| Características                                          | Frequência |
|----------------------------------------------------------|------------|
| <b>Definição- dependência de substâncias psicoativas</b> |            |
| Transtorno mental                                        | 2          |
| Doença incurável                                         | 4          |
| Doença curável                                           | 1          |
| Falta de caráter                                         | 2          |
| Falta de amor                                            | 1          |
| <b>Percepção de melhora do usuário</b>                   |            |
| Comportamental                                           | 8          |
| Comportamental e dinâmico                                | 2          |
| <b>Avaliação de resultados</b>                           |            |
| Não há avaliação padronizada                             | 10         |

**Desligamento**

|                                             |   |
|---------------------------------------------|---|
| Quebra de normas, uso de drogas e violência | 8 |
| Usuário quer sair da instituição            | 2 |

**Alta**

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Relacionada ao término do programa | 7 |
| Flexível a cada usuário            | 3 |

|       |    |
|-------|----|
| Total | 10 |
|-------|----|

Observa-se que a definição de dependência de drogas se refere a 70% como doença e desse total, 40% citam como doença incurável.

A percepção de melhora do usuário diz respeito ao comportamento visível. Em nenhuma instituição há uma avaliação de resultados padronizada. A maioria do desligamento se dá por quebra de regras, uso de drogas e violência. A alta está relacionada ao término do programa proposto, sendo assim, pontua-se que há pouca ou nenhuma consideração por outras variáveis no processo de alta.

Tabela 5- Distribuição conforme a definição de dependência de drogas.

| Características              | Frequência |
|------------------------------|------------|
| <b>Dependência de drogas</b> |            |
| Doença                       | 7          |
| Falta de caráter             | 2          |
| Falta de amor                | 1          |
| Total                        | 10         |

Em relação à definição de dependência de drogas, as instituições se dirigem para o dependente de substâncias psicoativas, no qual 70% cita como doente, 20% com falta de caráter e 10% com ausência de amor. Verifica-se, que na definição de doença, há algo que o sujeito tem pouco e/ ou nenhum controle, de maneira determinista e fatalista.

Tabela 6- Distribuição conforme a estratégia de metodologia utilizada.

| Características | Frequência |
|-----------------|------------|
|-----------------|------------|

|                                                                       |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Metodologia</b>                                                    |           |
| Convivência e troca de experiência em grupo                           | 2         |
| Religião                                                              | 4         |
| Terapia ocupacional                                                   | 2         |
| Terapia individual                                                    | 3         |
| Terapia em grupo                                                      | 2         |
| Trabalho (atividades da rotina diária, subsistência: horta e animais) | 4         |
| Disciplina/ obediência                                                | 3         |
| Oficinas de arte                                                      | 2         |
| Palestras: motivação e relaxamento                                    | 1         |
| Doze passos                                                           | 3         |
| Psiquiatria clínica                                                   | 2         |
| Orientação familiar                                                   | 2         |
| <b>Total</b>                                                          | <b>10</b> |

Em relação à forma de trabalho, 40% das instituições tem como a religião e trabalho, 30% das instituições têm como disciplina/ obediência, doze passos e terapia individual, 20% das instituições têm como a convivência em grupo, terapia ocupacional, terapia em grupo, oficinas, atendimento psiquiátrico e orientação familiar e 10% palestra de motivação e relaxamento.

Pontua-se que a metodologia das instituições apresenta escasso trabalho de cunho técnico- científico. Em nenhuma instituição há um referencial teórico que embasa suas prática e sua metodologia de trabalho.

Tabela 7 - Distribuição de adesão ao atendimento da instituição.

| Características                                                    | Frequência |
|--------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>Adesão</b>                                                      |            |
| Interesse ao tratamento                                            | 4          |
| Religião                                                           | 1          |
| Idade                                                              | 2          |
| Família                                                            | 3          |
| Estrutura institucional                                            | 3          |
| Período após desintoxicação                                        | 1          |
| Dificuldade de definição                                           | 1          |
| Perdas afetivas e/ ou econômicas e/ ou profissionais e/ ou físicas | 1          |
| Humildade                                                          | 1          |
| <b>Total</b>                                                       | <b>10</b>  |

A adesão ao “tratamento” é citada pelos entrevistadores de maneira bastante diversificada, como se observa acima. As instituições citam adesão referindo-se ao interesse do usuário pelo tratamento, além de pontuarem a idade, a família e a estrutura institucional.

Um total de 70% das instituições cita a adesão como a responsabilidade do usuário e/ou da família e não se pontua a própria responsabilidade no processo de adesão do usuário que abusa de drogas.

Tabela 8- Dificuldades apontadas pelos entrevistados.

| Características                  | Frequência |
|----------------------------------|------------|
| <b>Dificuldades</b>              |            |
| Recurso financeiro               | 7          |
| Recurso humano                   | 1          |
| Familiar                         | 2          |
| Administrativa                   | 3          |
| Procedimento do tratamento       | 2          |
| Relacionamento entre os usuários | 1          |
| <b>Total</b>                     | <b>10</b>  |

Os entrevistados citam de maneira diversificada as dificuldades vivenciadas.

Contudo, a dificuldade mais citada foi a dificuldade financeira, seguida da administrativa e da familiar.

Duas instituições citam que a dificuldade está no procedimento do tratamento, como o início do “tratamento” e na dificuldade de conscientização e aceitação da doença.

Tabela 9- Distribuição, segundo as mudanças apontadas pelos entrevistados.

| Características                             | Frequência |
|---------------------------------------------|------------|
| <b>Mudanças</b>                             |            |
| Reformulação no procedimento do atendimento | 9          |
| Mudanças pessoais                           | 3          |
| Mudanças na equipe                          | 2          |
| Mudança geográfica                          | 1          |
| Aprendizagem sobre dependência química      | 1          |
| <b>Total</b>                                | <b>10</b>  |

Em relação à mudança ocorrida, durante a própria experiência, os entrevistados citam de maneira bastante significativa às reformulações no procedimento do atendimento. Estas se referem ao trabalho de conscientização, a ampliação da instituição, a instituição como hospital dia, ao maior tempo de visita, a admissões entre as idades 18 e 45 anos, ao menor uso de

medicamentos, ao maior espaço para a psicologia, a maior aproximação com o usuário e a inclusão social pela instituição.

Tabela 10- Distribuição do critério promoção de saúde, citada pelo dirigente da instituição.

| Características          | Frequência |
|--------------------------|------------|
| <b>Promoção de Saúde</b> |            |
| Saúde física             | 9          |
| Saúde psíquica           | 5          |
| Saúde mental             | 1          |
| Trabalho                 | 2          |
| Espiritualidade          | 1          |
| Readaptação à rotina     | 4          |
| Reinserção social        | 4          |
| Artes                    | 3          |
| Afetividade              | 2          |
| Técnica dos Doze Passos  | 1          |
| <b>Total</b>             | <b>10</b>  |

Observa-se que a maioria das instituições cita que a promoção de saúde em seu trabalho está ligada à saúde física. A saúde psíquica também foi comentada, considerando essas como técnicas de enfrentamento, atendimento psicológico e auto-conhecimento. Outros fatores de promoção de saúde citados foram a readaptação à rotina, a reinserção social e as artes.

Tabela 11 - Distribuição das sugestões descritas pelos entrevistados.

| Características                           | Frequência |
|-------------------------------------------|------------|
| <b>Sugestões</b>                          |            |
| Espiritualidade                           | 3          |
| Trabalhos extra-institucionais            | 3          |
| Exclusão do preconceito e inclusão social | 6          |
| Políticas públicas em dependência química | 2          |
| Acolhimento no atendimento                | 1          |
| Doze Passos                               | 1          |
| <b>Total</b>                              | <b>10</b>  |

Os entrevistados relatam diferentes sugestões no campo da drogadependência, mas emergem de maneira significativa a necessidade da exclusão do preconceito e da inclusão

social, a espiritualidade, os trabalhos extra-institucionais e a necessidade de políticas públicas em dependência de drogas.

## **5. Resultados - Análise de Enunciação**

Segue a identificação da instituição e do dirigente, bem como a origem e natureza, além da descrição e da análise do atendimento prestado pela instituição.

### **Instituição 1**

#### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 2 anos

Cidade: Pindamonhangaba

Modalidade de tratamento: Comunidade Terapêutica

Previsão de duração do tratamento na instituição: 9 meses

Número de pacientes atendidos, no momento da entrevista: 3

Atendimento ao gênero masculino

Período de atendimento à Família: 15 e m 15 dias

Situação Formal: não há registro pela prefeitura, pela FEBRACT e pela ANVISA

#### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 2º grau completo- construção civil- pastor

Idade do entrevistado: 41anos

Estado civil: casado

Formação na área de dependência química: não tem

#### B- Origem e Natureza da Instituição

O dirigente, sem planejamento prévio, criou um projeto de recuperação de dependentes químicos, que surgiu, a partir de seus escritos, em uma folha sulfite, o qual chamou de revelação de uma missão. Por uma revelação divina, ele acredita que a missão dele era cuidar e ajudar os dependentes químicos.

A Instituição tem como cunho religioso, o protestantismo, e a equipe se compõe do diretor, da sua esposa, de sua filha e de um ex-dependente. É uma Instituição filantrópica, sem fins lucrativos, e conta com doações e apoio da comunidade.

O espaço da instituição conta com duas casas. A direção mora numa das casas, com sua família, e os usuários do serviço, em outra casa, em que fica o alojamento, com quatro quartos com beliches e um banheiro. Há, também, o espaço para o refeitório, um salão para oração, palestras e encontros, uma quadra para jogo de futebol, piscina e um espaço com muito verde.

A esposa e a filha do diretor realizam as atividades burocráticas e administrativas da instituição. Os usuários do serviço realizam os afazeres e a manutenção do espaço físico, cuidam das roupas, da refeição e cuidam do jardim.

A entrevista com o dirigente foi realizada numa segunda visita e ele se demonstrou disposto a falar de sua experiência.

#### C- Descrição e Análise do Atendimento Prestado pela Instituição

Esta instituição tem como marca primordial a espiritualidade e o seu histórico se inicia com uma revelação divina, na qual o dirigente acredita ter o dom e a missão para criar uma casa de “tratamento” para dependentes de drogas.

No que diz respeito ao conceito de dependência química, o entrevistado não se refere ao fenômeno “dependência química”, mas se dirige ao dependente químico e a concepção dele diz respeito a defeito de caráter, falta de conscientização e ausência de espiritualidade.

*“(…) Eu acho que todo dependente, pelos que passaram por aqui, tem o seu caráter deformado... A dependência mesmo, eu acredito que seja pelo fato da pessoa não ter tido uma conscientização ... No lado espiritual, eu creio que seja a falta de Deus, na vida da pessoa (…)”.*

Acredita-se na importância da conscientização, isto é, dar informação sobre os malefícios da droga, sendo que se supõe que a dependência ocorre pela ausência de conscientização. Esse fator estaria mais ligado à racionalidade, ao pensamento concreto, à informação, desconsiderando-se o fator emocional e os próprios sentimentos do ser humano.

Outro ponto levantado quando se remete à definição do dependente de drogas é a ausência de espiritualidade. A dependência é vista como um comportamento do mal, que deve ser abandonado, e essa definição se dá a partir do seguimento de preceitos religiosos. Ressalta-se que, com o auxílio divino, há a mudança e a remodelação da vida da pessoa em sua integralidade.

Pelo relato do entrevistado, não há um método de tratamento, mas há princípios a serem seguidos, como a obediência e a disciplina.

*“(…) O tratamento seria começar a ser trabalhado o caráter dele, todo caráter dele, que está deformado. Então, ele precisa voltar a aprender que, em muitos casos, nem aprendeu, que ele precisa respeitar normas, regras, que nós temos que obedecer em qualquer lugar...Eles vêm faltando isso (…)”.*

*“(…) Precisam ter horário para levantar, para participar da oração, ter que obedecer e cuidar do trabalho da cozinha, do banheiro, do alojamento...Tem que fazer as coisas com ordem (…)”.*

Estabelece uma rotina, regida por regras e normas, a qual o indivíduo deve seguir e, essa rotina vai modificando o indivíduo, o seu caráter e, assim, segundo o entrevistado, a pessoa termina o tratamento. Ele deve ser obediente às leis, ter regras e, também, seguir preceitos da Igreja.

Para que a admissão ocorra, é necessário que a decisão seja voluntária. Admitem somente homens e com o quadro de dependência química, porém, não há, na Instituição, nenhum psiquiatra e nenhum profissional da saúde com ensino superior.

Segue o discurso do entrevistado: *“(…) A recuperação só se dá na voluntariedade, só no caso que a pessoa se propõe, se for voluntário mesmo...Nós não trabalhamos com psiquiatria, só com a dependência química (…)”.*

Observa-se que há uma ausência de conhecimento nas co-morbidades, uma negação do uso de medicamento e não há um saber científico acerca do diagnóstico de dependência

química.

Verifica-se que a admissão está ligada à aceitação do dependente que está dominado pela droga e que precisa da internação para se livrar dela. O foco está na droga e não no indivíduo.

A adesão ao tratamento está relacionada à boa vontade da pessoa, como é citado pelo entrevistado. *“(...) O indivíduo que fica, que adere ao tratamento, é porque quer, tem boa vontade, segue o que falamos, esse adere (...)”*.

Assim, a adesão está ligada ao comportamento do indivíduo, ou seja, à iniciativa de deixar tudo aquilo que vinha fazendo para ter uma nova vida, seguir o que o tratamento prescreve e, se ele não tem esta atitude, ele não adere ao tratamento. A Instituição atribui ao indivíduo toda a responsabilidade da recuperação, não levando em consideração outros aspectos que possam estar presentes na adesão ao tratamento ou não.

O critério de alta é aquele em que o indivíduo realiza da forma concebida pela Instituição como a ideal, em que o indivíduo modifica seu “caráter deformado”, suas atitudes, ou seja, passa do indivíduo agressivo para o mais tranquilo. Assim, começa aceitar coisas que antes não aceitaria e esse critério está baseado no comportamento visível. Logo, não há um critério sistemático para alta do paciente e, quando o indivíduo não segue as regras e as normas, ele é desligado. Isso verifica-se na fala do entrevistado:

*“(...) Há a pessoa que tem a alta abençoada, ela vem com o propósito de recuperação, vem e assume o tratamento. Obedece ao tratamento direitinho, como tem que ser feito, e chega no final de seis meses, nós percebemos que ele está pronto e a pessoa também (...)”*.

*“(...) Saída por exclusão, em que você exclui o indivíduo do plano de recuperação, que é o caso de quem não quer obedecer às regras. Tem casos que chegam ao extremo de desobediência, que não tem como se trabalhar e acaba atrapalhando os que estão se recuperando... Ele assina porque está sendo excluído do plano de recuperação(...)”*.

Não há uma avaliação dos resultados padronizada, já que a avaliação se baseia nos critérios do responsável pela Instituição, divididas, em boa e má conduta e pelos testes para avaliar o comportamento que esse responsável realiza para se certificar de quem está bom e de quem não está para sair.

*“(...) Na avaliação aqui dentro, há um resultado, porque você vê a mudança de caráter, de personalidade, que a pessoa muda, está ali visível diante da gente...Se você fala com ele, chegou aqui hoje, ele já se irrita, se ele não quiser recuperação daqui seis meses/ um ano, você vai falar com ele é a mesma coisa, ele vai se irritar do mesmo jeito... diferente daquele que se irrita no começo, mas daqui a quinze dias, um mês, você fala, ele já está tranquilo, está menos agressivo, já houve uma mudança (...)”*.

*“(...) Nós fazemos testes com a pessoa, às vezes ela vai embora e não fica sabendo do teste que foi feito. A pessoa estava agindo corretamente... de repente, nós*

*contrariamos, propositalmente, para ver a reação dela... como ela vai reagir, e ,então , a gente vai avaliar, você está bem, você não está bem... a gente vai alertar... Eles reconhecem que não estão bons para sair, que não agiram corretamente(...)*”.

A maior dificuldade relatada pelo entrevistado é o recurso financeiro, o qual o impossibilita de ter recurso humano para o trabalho na Instituição. Ressalta que esse é um obstáculo, pois têm muitos planos de prevenção, conscientização, mas o aspecto financeiro impede, no momento, a realização desses projetos. Devido aos problemas financeiros, o entrevistado cita que a instituição estava para fechar, mas isso não ocorreu:

*“(...) O que mais pesa é a condição financeira...a gente pensou mil vezes não fechar, para continuar o trabalho (...)”.*

A instituição, ao longo desses dois anos de trabalho, ampliou sua visão para a necessidade de realizar projetos de conscientização em diversas outras instituições e acredita que isso é uma grande mudança.

*“(...) A gente tinha uma visão muito limitada... porque a gente está vendo que precisa da conscientização. Nós temos que chegar dentro das escolas, das igrejas, das repartições públicas, das indústrias... levar o trabalho lá, de conscientização(...)”.*

Quanto à promoção de saúde, o entrevistado afirma que a instituição contribui para o restabelecimento físico do indivíduo, no qual sua saúde é valorizada e cuidada. Assim, os pacientes voltam a se alimentar melhor, a cuidar da higiene e ter uma organização na sua rotina diária, fatores esses que possibilitam uma melhora no estado fisiológico, na auto-estima, representando neste ponto promoção de saúde em aspectos básicos e primários, porém também de grande importância. Observa-se a fala do entrevistado:

*“(...) O pessoal entra aqui muito mal, com a saúde prejudicada, não tem horário para comer e, em pouco tempo, está com a saúde recuperada. Assim, voltam a ter rotina, com disciplina...Eles também têm uma mudança espiritual, é um renascimento...voltam a acreditar... Eles voltam a se reintegrar na sociedade, a sair comigo, a participar na igreja, se sentem bem com isso, a auto-estima melhora...sentem que são respeitados (...)”.*

O entrevistado sugere que é importante que se acrescente, nos tratamentos em dependência química, o lado espiritual e que haja um trabalho de maior conscientização dos jovens a respeito das drogas.

*“(...) Sugiro que os centros de tratamento possam ter o lado espiritual, pois o homem também é espírito... Sugiro muita conscientização desde jovens para saberem realmente sobre as drogas (...)”.*

Observa-se, na fala do entrevistado, uma necessidade de ajudar as pessoas envolvidas com drogas e essa fala vem calcada em dons espirituais próprios. Contudo, o entrevistado já

vivenciou uma situação de envolvimento de drogas com o filho mais velho e cita que tem mais intimidade e aproximação com os internos do que com o próprio filho.

Pontua-se, na instituição, uma nova maneira da subjetividade, a qual é ligada ao seguimento de preceitos religiosos, que oferece um poder da “cura” e uma ressocialização entre seus adeptos.

## **Instituição 2**

### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 22 anos

Cidade: Guaratinguetá

Modalidade de tratamento: Comunidade Terapêutica

Previsão de duração do tratamento na instituição: 12 meses

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: 280

Atendimento ao gênero masculino e feminino

Período de atendimento à Família: uma vez por mês

Situação Formal: registrada pela prefeitura e pela FEBRACT

### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: Faculdade de Teologia

Idade do entrevistado: 65anos

Estado civil: solteiro

Formação na área de dependência química: não tem

### B-Origem e Natureza da Instituição

A Instituição iniciou seu histórico, no qual um jovem pediu ajuda para sair das drogas para um dos dirigentes, que era pároco, na época, e estava falando do evangelho. Esse dirigente trouxe esse jovem e iniciou o trabalho com os dependentes químicos.

Na instituição, há os funcionários voluntários, ou ex-dependentes e/ ou pessoas envolvidas com a religião. Há o presidente, o vice-presidente, os coordenadores, os ex-dependentes, os padrinhos/ madrinhas e os internos. Não conta com psiquiatra e psicólogo.

A Instituição é constituída por um escritório central, com duas fazendas masculinas, uma tem como ponto-chave a agropecuária e a outra, a confecção de água sanitária bem como todo material de limpeza, reciclagem de madeira plástica e marcenaria. Há uma outra fazenda, que recebe a demanda feminina. As mulheres têm como atividade principal a culinária, como massas, salgados etc. A Instituição ainda conta com uma área da parte administrativa. São quatro ou cinco casas separadas para um grupo de quinze a vinte pessoas, com dois coordenadores cada, tendo cada uma sua própria cozinha, salas e banheiros. Há, também, área de lazer, campo de futebol, salas para atividades esportivas, horta, salas para reunião, capela e jardins.

A Entidade conta com ajuda do setor religioso e do setor de doações. A primeira casa foi aqui no Brasil, em Guaratinguetá e atualmente há outras instituições fora do Brasil. No exterior, há duas fazendas na Alemanha, uma em Filipinas e há fazendas em construção no México Guatemala, Rússia, Argentina e Paraguai. Foi possível observar a instituição; em almoço com os dirigentes e com os coordenadores. Posteriormente, em Guaratinguetá, foi feita a entrevista.

### C- Descrição e Análise do atendimento prestado pela Instituição

O histórico desta Instituição se iniciou com um pedido de um indivíduo que estava necessitando de ajuda para parar com o uso de drogas, para um pároco. Essa experiência reflete um dos pontos importantes da Instituição que é a voluntariedade, o desejo próprio de largar o uso de drogas para iniciar o processo de “tratamento” nessa Instituição.

Outro ponto importante que tem sua origem na sua história é a capacidade de gerar o próprio sustento para se manter. Assim tanto o dirigente quanto o jovem que pediu ajuda buscaram o trabalho para se manterem. Compreende-se, pela fala do responsável, que a recuperação é baseada no evangelho, como mudança de mentalidade e no trabalho, como meio de comunhão e de sustento.

A definição de dependência de drogas se refere à ausência de amor e o entrevistado não cita, de maneira significativa, fatores psicológicos, biológicos, sociais, econômicos entre outros:

*“(...) A dependência de drogas diz respeito à falta de amor... A droga entra aí como meio de extravasar... A sociedade está carente de amor... Por conta da falta de amor, a gente faz esse papel... Cada um tem dentro de si potencial de amar... Só foi encoberto (...)”.*

A partir desse paradigma, realizam o tratamento que é baseado em três pontos importantes: a espiritualidade, a convivência com outro e o trabalho.

*“(...) Trabalha-se com espiritualidade, convivência com grupo e trabalho. O tratamento é baseado nestes três pontos (...)”.* *“(...) O foco aqui não é médico, medicamento, psiquiatria, psicólogos. Então depende muito do querer da pessoa... Atendemos dependência de drogas (...)”.*

Há ênfase nas orações, nas meditações e na prática do evangelho. A convivência com o próximo é baseada no respeito mútuo, em que as pessoas aprendem, no dia-a-dia, uma melhor convivência além do trabalho, fator importante que perpassa todo o tratamento.

Verifica-se o quanto a natureza marca ponto fundamental no cenário do tratamento. Eles cuidam muito da aparência, dos jardins, dos animais no local, enfim, priorizam a natureza no processo de recuperação. Cita-se um trecho da frase do entrevistado: *“(...) O lugar ajuda muito na recuperação da pessoa... Um lugar fechado, feio, sujo é terrível para a recuperação... Aqui é um lugar bonito, com jardins, paisagens, tem como se distrair (...)”.*

Em relação ao trabalho, há o diferencial da capacidade do próprio interno se sustentar. A pessoa contribui em seu tratamento com o seu trabalho e, assim, refere-se à dignidade humana e valoriza a capacidade de produção e de criação do homem.

No período de tratamento, pela fala do responsável, afirma-se que não se realiza palestra e nem discussões sobre a temática “drogas”, como que se “apagassem” os anos do uso de drogas ou como se aquele homem não existisse mais, ou melhor, concretiza-se pois o desejo de que este homem velho, do passado, como eles dizem, não existisse mais. Cita-se a seguinte frase:

*“(...) Não há palestras sobre drogas e discussões sobre o tema... Esse é um centro de recuperação, mas nunca, em toda história, fizemos palestras sobre drogas, cocaína, maconha, nunca teve isto(...). Os anos com as drogas a gente sabe que não valem nada (...)”.*

Não se toca em assunto de drogas, num estabelecimento que “recupera” usuários de drogas. Assim verifica-se a necessidade de adaptar os internos a uma nova realidade, como se a instituição fosse um outro “mundo” e uma nova família.

Tem como definição de dependência química a ausência de amor. Assim, justifica-se a não prática de profissionais da área de saúde, como psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionais, enfermeiros etc, pois entrariam pessoas que estão dispostas a ensinar o ato de amar e amar o próximo. Assim, justifica-se a presença maciça de pessoas envolvidas com a religião, pessoas da paróquia, voluntários que pretendem ensinar a arte de amar. Também justifica-se a presença de ex-dependentes, que vivenciaram essa experiência e desejam retribuir ao próximo, fator esse pontuado nos ensinamentos de retribuir o amor.

Na pretensão dos ensinamentos do amor, não há repressão e punições, segundo o dirigente e, sim, diálogos, conversas etc. Busca-se fazer com que falem a verdade e assumam seus erros, o que considera um grande passo.

*“(...) A gente tenta sempre amenizar as coisas, questões de uma casa para outra, convivência, não dá tanta importância, ênfase, pois a gente sabe que essas coisas têm a ver com que eles foram do homem velho, do passado (...).”*

A Instituição não dispõe de nenhum profissional para realizar o diagnóstico de dependência química, contando com o diagnóstico da própria pessoa e com o desejo dela se recuperar. Para o responsável, aquele que adere ao tratamento é aquele que deseja realmente parar com o uso, e isso representa toda a responsabilidade que se volta para o próprio indivíduo.

*“(...) Acontece a carta pedido que ele escreve com o próprio punho... Esse desejo de querer parar é um dos passos primordiais para ele vir para a Fazenda... Não adianta a família, a justiça, é ele que tem que querer ... Quando a pessoa quer, ela vai pra frente (...).”*

A alta está relacionada com o tempo de doze meses. Sendo assim, valoriza-se esse tempo cronológico e não há citação de tempo psicológico ou tempo do próprio sujeito. Passando por esse período, eles emitem uma carta de “encerramento”, assim o processo de tratamento está encerrado.

*“(...) A pessoa vai escolher se ela quiser embora. A gente até conversa várias vezes, mas quando ele determina que vai embora, ninguém segura. Não precisa fugir, não há fuga (...). Completa um ano só quem veio mesmo com o objetivo de recuperação (...).”*

Não há uma avaliação de resultados sistematizada e não há acompanhamento diretamente com as pessoas que saem da instituição para verificar o próprio tratamento,

questões de recaída etc. O que eles fazem para o ex-dependente, aquele que permaneceu o tempo proposto, é enviar uma carta para que continuem em grupos, chamados “Esperança Viva”. Assim, incentivam os “recuperados” a se engajarem em atividades de voluntariado, doações, ligadas a pastorais, atividades de assistência à Comunidade. Assim, ressalta que esta atividade está relacionada com grupos de apoio, de solidariedade, enfim, redes de apoio social. Observe o discurso abaixo:

*“(...) A avaliação de resultados é visível, porque a gente percebe no olhar, no jeito, no semblante da pessoa... Chega com a cara fechada, agressivo e, com o tempo, a gente vai percebendo aqueles que vão aderindo à alegria, novo jeito de ver as coisas.. Há a preocupação com o outro e não tanta a preocupação com o “próprio umbigo”. Esse a gente percebe que está meio caminho andado (...)”.*

Pela fala do entrevistado, a dificuldade que mais ficou em evidência é a administrativa, devido ao crescimento e expansão das Instituições. O responsável cita, a partir de um lugar de um empreendedor, as falas que se dirigem ao desenvolvimento de negócios, empreendimentos administrativos. Há também as falas relacionadas com convivência, dificuldades do cotidiano, mas em menor intensidade e significância. Essas dificuldades, citadas por último, são consideradas fazendo parte do processo e tratadas com certa naturalidade e tranquilidade.

*“(...) Dificuldades é o que não falta... de convivência, para manter o trabalho, pois não é porque a gente recebe doações, dinheiro, que a gente tem para esbanjar. Já tem direção certa... Há muitos gastos... A administração de todos os estabelecimentos (...). Só aqui são cento e vinte pessoas e a administração envolve muitos fatores (...)”.*

A Instituição está voltada para novos projetos, novas ramificações, como o programa na televisão, os novos projetos de divulgação do trabalho na comunidade em sua totalidade. Há uma ênfase no trabalho dos internos e na qualidade dos produtos realizados, os quais também são divulgados na mídia. A sugestão da Instituição é que esses trabalhos cresçam ainda mais e que sejam mais divulgados para a sociedade, como se verifica, na frase seguinte.

*“(...) Houve muitas mudanças, no sentido de ter novos projetos, novas ramificações... Houve ampliação do trabalho...Temos alguns ex-dependentes que fazem um trabalho lá fora para a gente de informações de nosso trabalho aqui dentro e isso ajuda muito... As fazendas estão se reproduzindo em outros países... A Entidade está crescendo mais e mais, se aperfeiçoando e amadurecendo (...)”.*

*“(...) A sugestão seria mesmo para estar caminhando neste mesmo sentido e, para construir mais ramificações...Esse trabalho a gente está procurando passar para a sociedade (...)”.*

Acredita-se na promoção de saúde no trabalho na Instituição, que vai desde o restabelecimento físico (comer e dormir direito, com horários), o contato com a natureza, o lazer (futebol, sala de ginástica etc), a convivência com outros internos (com os ex-

dependentes, com os padrinhos, com os dirigentes), a espiritualidade e a nova adaptação a convivência. Além disso, o trabalho, aparece como fator pontuado pelo significado de dignidade e de responsabilidade diante de sua recuperação, ponto esse que motivou a inauguração da instituição. Esses pontos promovem saúde nesta Instituição, ou seja, pontos que marcam o trabalho e o seu histórico.

*“(...) Aqui há muitos fatores que promovem saúde: eles mudam a rotina, passam a comer melhor, a dormir melhor, a estar perto da natureza, a convivência com os outros, a relação com os padrinhos, o trabalho, se sentir digno, capaz de produzir (...). Toda essa nova experiência que eles irão obter aqui promove saúde (...)”.*

A entrevistadora verificou que a instituição é administrada como uma grande empresa. Há a missão de produzir os produtos com qualidade, além de as pessoas internadas se sentirem importantes por estarem contribuindo com os produtos que serão comercializados. Os dirigentes estão muito envolvidos com a comercialização dos produtos, com a ampliação da instituição em outros países e com a mídia. O entrevistado se reporta o menos possível à temática “drogas”, se volta mais para a questão da religião e do trabalho e, de forma geral, isso também é reproduzido pelas pessoas presentes na instituição.

### **Instituição 3**

#### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 20 anos

Cidade: Caçapava

Modalidade de tratamento: Comunidade Terapêutica

Previsão de duração do tratamento na instituição: 4/ 6 meses a 9 meses

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: 18

Atendimento ao gênero masculino

Período de atendimento à Família: uma vez por mês

Situação Formal: registrada pela prefeitura, e registrada pela FEBRACT e pela ANVISA

#### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 2 ° grau completo- Técnico Eletricista

Idade do entrevistado: 54 anos

Estado civil: casado

Formação na área de dependência química: não tem

### B- Origem e Natureza da Instituição

A Instituição iniciou por meio de um grupo religioso que trabalhou com assistencialismo e foi surgindo a demanda de dependentes de drogas. Assim, resolveram montar uma comunidade terapêutica, pois acreditavam que havia vocação para isso. A Instituição conta com uma equipe: o dirigente, três monitores, os quais estão atuando diariamente. Há outros profissionais, como o vice- presidente, o tesoureiro, que estão mais indiretamente e há o médico do centro de saúde e uma psicóloga que auxilia, quando necessário.

É uma instituição de utilidade pública e filantrópica e está localizada na área rural de Caçapava. Conta com um espaço amplo, com paisagens, montanhas e muito verde. Conta com um alojamento para dezesseis pessoas e há campo para jogar futebol e para caminhada. Estão realizando outra construção, o alojamento, para acolher mais dezesseis pessoas.

Há, na parte inferior do terreno, uma casa que contempla o escritório, sala de recepção, sala de estoque, cozinha, banheiro, capela. Há ainda um salão para realizar palestras, encontros, orações. Serve também como espaço para a televisão e para as refeições. Há também plantações e cultivo de horta para alimentação própria. Foi possível observar o local e, posteriormente, realizou-se a entrevista.

### C- Descrição e Análise do atendimento prestado pela Instituição

O histórico da instituição inicia com o assistencialismo, com o desejo de ajudar as pessoas necessitadas e, por meio da aceitação de que os dirigentes são pessoas as quais têm vocação para lidar com esta temática e por isso abriram uma comunidade terapêutica para dependentes de drogas. Inicialmente, havia também pessoas da rua, mas essa demanda, atualmente, não se aceita por ter uma peculiaridade, a grande rotatividade de pessoas que chegam e saem da instituição, sem critério algum.

Observa-se, na fala do dirigente, a valorização de ajudar o próximo, como algo enriquecedor para quem ajuda, e não só para quem recebe a ajuda. Também um ponto marcante colocado é o da dificuldade da prefeitura e órgãos oficiais desta cidade auxiliarem

financeiramente e/ ou socialmente esse trabalho, pois não se sabe se esse serviço se refere à área da saúde ou à área da ação social.

Pelo discurso do entrevistado, não há uma definição para a dependência de drogas e sim uma caracterização do dependente de drogas como ausência de caráter, visto aí, como uma falta de personalidade, ou uma personalidade enfraquecida, no qual a pessoa não tem controle.

*“(...) O dependente mesmo, o que já está considerado assim, na dependência, não fica sem ela. Ele para mim eu defino assim: simplesmente ele pegou o inferno, se é que existe inferno, e vestiu. Ele está atingido, faz parte já desse inferno e atinge a todos que estão no território dele (...). Ele é capaz de bater no pai, ele é capaz de matar a mãe... Ele destrói... eu acho que eu consigo definir mais o estrago que a droga faz... o caráter do sujeito, ele destrói... você não consegue mais definir a personalidade do cidadão(...)”.*

No que diz respeito ao dependente químico, levanta-se mais este discurso do entrevistado: *“(...) dependente químico, um cara que não tem caráter, não tem personalidade, um sujeito que está muito exposto à depressão... normalmente uma pessoa depressiva... um sujeito que se esconde da sociedade (...)”.*

Observa-se, nesta fala, uma idéia de que o sujeito não tem mais controle sobre seu próprio comportamento, sobre sua vida. Também, é enfatizado o comportamento destrutivo do dependente químico, no qual a dependência de drogas o faz ter atitudes e comportamentos destrutivos, responsabilizando o comportamento destrutivo pelo abuso de drogas. Assim, o foco está na droga e não no sujeito.

A forma de trabalho é baseada no trabalho, religião e disciplina. Observa-se que utilizam esses três pontos para que o indivíduo possa saber lidar com a própria dependência química. O trabalho está relacionado com as atividades cotidianas do lar, ter responsabilidades caseiras, retornar ou iniciar a um comportamento disciplinado, buscar uma espiritualidade e ter fé. Esses atributos, segundo o dirigente, auxiliam o indivíduo a lidar com a dependência, pois ele terá que ter disciplina para não retornar ao abuso, e acredita-se na espiritualidade como ponto crucial para o tratamento em dependência de drogas, sem preconceito com outras religiões:

*“(...) O tratamento é baseado no trabalho, e no lado espiritual... a gente não prega aqui o catolicismo, que a pessoa tem que virar católico. A gente interna a pessoa evangélica e, na hora da oração, cada um respeita isso (...)”.*

*(...). É trabalhada a disciplina, as boas maneiras com eles, toda essa educação, a educação moral e cívica, a importância da cidadania, isso que eles mais desrespeitam ... o trabalho aqui é ocupacional... Então a responsabilidade que tentamos dar pra eles é bastante paralela com as responsabilidades do lar (...)”.*

No momento, não há trabalho com a psicóloga, com o médico e assistente social, de maneira sistematizada e periódica.

Admite-se a demanda masculina (a pessoa que busca o atendimento por vontade própria e a partir de dezoito a quarenta e cinco anos). Esse último foi alterado devido à experiência do dirigente, pois ressalta a singularidade muito específica no grupo de idade inferior a dezoito anos e superior a quarenta e cinco anos. Ressalta que o pessoal mais velho precisa de outros cuidados específicos que a própria idade acarreta e que nesta instituição não há estrutura para isso.

Observa-se, neste ponto, a valorização das diferenças de faixas etárias no atendimento e das próprias limitações enquanto instituição. Esse dado foi uma mudança ao longo da experiência e, também, a aceitação da visita familiar em um tempo menor do que era e atualmente é uma vez por mês.

A instituição acredita que quem adere é aquele que tem vontade de mudar, realmente, que assume a dependência química. Aqui, a adesão se refere somente à responsabilidade do próprio indivíduo, e não foca outras áreas. Adere, também, aquele que trabalha a espiritualidade. Verifica a seguinte frase:

*“(...) Adere ao tratamento aquele que vem por ele mesmo, que vem com vontade de mudar de vida, que coopera....é até difícil falar sobre quem adere ao tratamento... quem se volta para o lado espiritual, também fica mais tempo no tratamento... mas os que ficam são aqueles que não negam que são dependentes químicos, assumem e vão à luta (...)”.*

A alta está ligada ao um tempo que varia de quatro a nove meses e a decisão é conjunta da direção e do interno. O desligamento ocorre por desrespeito às regras, uso de drogas e violência.

*“(...) A alta aqui é conversada. Antes era nove meses e depois disso, o sujeito tinha alta. Agora não, pode ficar até quatro meses, outros seis, ou nove meses. A gente conversa, eu observo e contribuo também, juntamente com o interno. Decidimos juntos e cada caso é um caso (...)”.*

*“(...) Há sim exclusão, desligamento do tratamento, se tiver agressividade, violência, se pegar com drogas e, dentro disso, temos as advertências, para que a pessoa possa retomar a linha, a disciplina (...)”.*

No que se refere ao uso do cigarro, antes podia usar. Atualmente, não é possível devido à cobrança social e à necessidade da instituição em depender da comunidade para receber doações. O dirigente ressalta a importância de ser político para adquirir doações já que se as pessoas e/ ou contribuinte souberem que estão sustentando o vício do cigarro, eles não continuam com as doações. Por isso, não se pode usar cigarros na instituição.

Não há um acompanhamento padronizado da avaliação do resultado do atendimento, o que há é a percepção do comportamento visível pelo dirigente e pelo próprio interno. Não há um acompanhamento posterior quando o indivíduo sai do tratamento.

*“(...) O resultado é visto aqui mesmo. Eles nos retornam algumas coisas, a gente vai percebendo o comportamento deles, o jeito, na experiência, a gente já tem esse olho mais apurado... Quando eles chegam, são mais estourados e a gente entende isso. Com o tempo isso muda e, por exemplo, aí já é um resultado (...)”.*

*“(...) Eles ficam mais educados, respeitam mais o outro, isto já é um resultado para o tratamento... a gente aprende o que muda, mudam o físico e o jeito, jeito de falar, gírias, trejeitos... A avaliação é vista, é percebida no dia-a-dia, na convivência com eles (...)”.*

Uma das grandes dificuldades apontadas pela instituição é o fator financeiro, pois é uma instituição filantrópica. Assim, os recursos econômicos são escassos e também não há recursos para pagar profissionais da saúde. Outra dificuldade é ter trabalhos voluntários nessa área, devido ao preconceito em relação à dependência química. Há uma dificuldade de mão-de-obra para o trabalho na instituição.

*“(...) Dificuldade é a mão-de-obra.... tem que ter carisma, porque é um público especial. Exige um relacionamento especial, um jeitão especial... é um trabalho estressante, é um trabalho que exige... a dificuldade é encontrar mão-de-obra humana aqui (...)”.*

*“(...) O povão pensa que os drogados são as piores pessoas do mundo: são assassinas, etc. Você sabe que tem gente que tem medo de vir aqui ... A segunda dificuldade é manter financeiramente a entidade (...)”.*

Esse dado citado nos faz pensar o lugar que o dependente de drogas ocupa na sociedade, um lugar de marginalização e exclusão, e a presença marcante do preconceito nessa área. Uma das sugestões do dirigente a este tema é uma mudança do paradigma social da doença dependência e uma necessidade de mobilização social, como se observa na sua fala.

*“(...) Que a sociedade mude sua visão do dependente químico...que possamos obter mais ajuda, que a sociedade se mobilize mais e, também, os prefeitos, os governos (...)”.*

A instituição tem como promoção de saúde aulas de noções de cidadania, moral e cívica, nas quais o indivíduo resgata a cidadania, ética, regras e respeito ao próximo, incentivo às atividades de interesse na própria internação, como iniciar e/ ou resgatar atividades cotidianas, como horta, como trabalhos em madeira, enfim, fazer com que a pessoa se interesse por outros focos. Por último, a promoção de saúde está ligada em administrar a doença e aprender a lidar com a dependência.

*“(...) Quando a gente consegue ajudar o sujeito a se organizar, e administrar a doença que ele tem eu considero que eu estou promovendo saúde(...)”.*

*“(...) Aprendendo a administrar esse mal, a dependência química, como eu te falei. Nós trabalhamos muito a educação moral e cívica, nós conseguimos fazer que ele administre o comportamento dele... que ele pode contribuir com seus impostos....promovendo a saúde do sujeito, na verdade está o reeducando(...)”.*

Observa-se que o entrevistado ficou muito à vontade para falar da instituição e, concomitantemente, comentou sobre seus valores morais, sua vida pessoal e relação com os seus filhos. Percebe-se que o entrevistado se coloca assustado em relação à nova geração e a seus valores, comparando-os com a sua geração. Assim, ele acredita ser importante a retomada de valores morais, éticos e questões de cidadania, pontos trabalhados na instituição.

Verifica-se que o sujeito se indaga sobre o crescimento da instituição em relação aos vinte anos de trabalho. Segundo o dirigente, essa instituição poderia estar com mais recursos e melhor estruturada. Esse fato emerge como um desabafo para a entrevistadora.

#### **Instituição 4**

##### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 6 anos

Cidade: Caçapava

Modalidade de tratamento: Centro de tratamento

Previsão de duração do tratamento na instituição: um mês

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: três

Atendimento ao gênero masculino e feminino

Período de atendimento à Família: uma vez por semana- quatro encontros

Situação Formal: registrada pela prefeitura, e não registrada pela FEBRACT e não registrada pela ANVISA

##### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 2 ° grau completo-Técnico em Administração- ex-dependente

Idade do entrevistado: 48 anos

Estado civil: casado

Formação na área de dependência química: Curso de conselheiro em dependência química

### B- Origem e Natureza da Instituição

Esta instituição nasceu de um outro trabalho que, também, atendia dependentes químicos, mas a demanda tinha poucos recursos financeiros. Como não dava para continuar mantendo o trabalho, fundou esta, para uma demanda com poder aquisitivo maior. A necessidade de trabalhar com esta demanda ocorreu devido ao próprio dirigente ser um ex-dependente e ter se recuperado a partir dos “Doze Passos”. Assim, tem este foco na sua instituição.

Ressalta que investiu neste estabelecimento e que seu público-alvo são as empresas. Trabalham, com ele, a filha, que é terapeuta ocupacional, a psicóloga e o psiquiatra, esporadicamente, a esposa, que faz reunião com as famílias, a cozinheira e o monitor.

O espaço conta com muito verde, pois é numa chácara, com jardins, ou seja, muito contato com a natureza. Há uma casa, que é o escritório, uma sala do responsável, sala para recepção, banheiro e outra sala, contendo materiais de escritório. Há o espaço para o refeitório, que conta com mesas, cadeiras e todo aparato para alimentação. Há uma outra casa, na qual os residentes ficam, que tem três quartos grandes, com capacidade para um total de dezesseis pessoas, quatro vagas para mulheres e doze para homens, banheiros separados, cozinha, e uma sala, um espaço amplo, no qual as palestras e os encontros são realizados.

A pesquisadora realizou a refeição e o lanche da tarde com a equipe e com os internos. Foi convidada a participar da reunião da terapeuta ocupacional com os usuários, com o consentimento de todos participantes e depois realizou a entrevista.

### C- Descrição e Análise do Atendimento Prestado pela Instituição

O histórico da instituição inicia por ser um ex-dependente químico em recuperação, o qual acredita no trabalho dos “Doze Passos” e esse é o ponto marcante do atendimento em sua instituição. Observa-se um ponto importante para o ex- dependente, que é a necessidade de

estar atuando na área de dependência química, em prol dos outros, fez de sua atuação um meio de obter lucros, uma empresa que gerencia. Porém, quando ele está na instituição, auxiliando o indivíduo que abusa de drogas, ele está auxiliando a si mesmo, enfim, ele se vê no outro, e isto o auxilia no seu próprio processo de elaboração.

O dirigente agradece a pesquisadora pelo trabalho que está realizando na sua instituição, pois, assim, ele pode expor com confiança suas dificuldades na instituição. Reconhece, inclusive, que há muito dele no seu trabalho, o que pode atrapalhar seu desempenho.

Assim, quando relata sobre a definição de dependência de drogas, ele comenta sobre definição pessoal. Assim aborda muito das suas dificuldades, do seu jeito de ser, do receio às frustrações e do sentimento de estranheza. Ainda comenta sobre a dependência como uma doença incurável, que tem que ser lidada pelo resto da vida. O entrevistado cita a dependência de drogas como fator biopsicossocial, com ênfase no setor emocional. Observa-se a fala do entrevistado:

*“(...) Quando penso na dependência, penso em mim, em minha experiência. Eu me sentia muito estranho, não me enquadrava no social...”...Não conseguia levar não... Aqui, eu me vejo neles (...)”.*

*“(...) Acredito que o dependente de droga é uma questão biopsicossocial, mas é mais emocional. Assim, a droga vem depois, já que a questão é mais profunda e está ligada com o íntimo da pessoa...Acredito que a pessoa sempre será um dependente em recuperação. Hoje, ainda não consigo ouvir não, tão bem, mas já sei de minhas dificuldades (...)”.*

*“(...) A dependência é uma doença e o psicológico da pessoa está abalado. Ele se sente incompreendido, um estranho na sociedade...a dependência de drogas está ligada com o jeito que o indivíduo é, com o seu lado emocional e a droga entra nesse ponto (...)”.*

É interessante que se denomina como doença incurável, mas, ao mesmo tempo, é relacionada ao fator emocional. Entende-se que, para o dirigente, a pessoa terá que, para o resto de sua vida, cuidar desse emocional, que está abalado e que é incurável.

Há uma junção de definições, pois, para os “Doze Passos”, a dependência de drogas é uma doença incurável. Tem como ponto primordial a abstinência, mas junta-se a ênfase no emocional e trabalha-se no comportamento da pessoa, ou seja, na mudança de comportamento.

A metodologia do trabalho são os “Doze Passos”, juntamente, com o acompanhamento da terapeuta ocupacional, da psicóloga, bem como do acompanhamento familiar e do pós- tratamento. Esse pós-tratamento, que não é oferecido por todas instituições, é uma vez por semana, sábado na parte da manhã, por um período de onze meses. Essa

metodologia é considerada pelo dirigente como uma parte do início de um processo de recuperação.

*“(...) Aqui o tratamento é de trinta dias e tem uma programação a seguir... Trabalhamos com os Doze Passos, que eu mesmo administro... Temos o trabalho com a terapeuta ocupacional, com a psicóloga. Eu realizo as palestras com eles... o psiquiatra A. , que nós dá uma força (...) ”..*

*“(...) O tratamento é baseado em fazer com que eles discutam, pensem sobre os sentimentos, sobre suas vidas. Não focamos muito em drogas, mas em comportamentos etc...Acreditamos que aqui é o início de um tratamento e não acreditamos em cura. Penso que a pessoa vai sair daqui pensando mais sobre ela, as questões próprias da dependência de drogas, os hábitos, mas aqui é só o início (...)”.*

Admitem-se homem e mulher, a partir de dezesseis anos, sem co-morbidades psiquiátricas, e o público maior vem pelas empresas conveniadas. Admite-se aquele que tem vontade própria de mudar, porém isso, na prática, não é, necessariamente, verídico, pois as pessoas são encaminhadas pelas empresas e, se não vierem para ficar um mês em tratamento, são demitidas. *“(...) Admitimos as pessoas que são encaminhadas pelas empresas...particular...Não admitimos casos de co-morbidades psiquiátricas, porque não temos estrutura para isto (...)”*

Assim, nem sempre as pessoas que estão em atendimento são desejantes de não fazer abuso de drogas e/ ou estão motivadas. Esse é um dado importante, pois a consciência e a motivação do próprio usuário no seu atendimento são primordiais.

Outro ponto citado pelo entrevistado, em relação à adesão ao tratamento, é a situação daquela pessoa que é mais humilde, diferentemente das pessoas mais arrogantes. Nesse ponto, verifica-se que as pessoas mais humildes são mais acessíveis, estão com menos defesas e mais dispostas a mudanças, segundo o discurso do entrevistado.

*“(...) Quem adere realmente ao tratamento tem a ver com quem assume o tratamento. Assumem a dependência os que são mais humildes, diferentes daqueles que são mais arrogantes(...)”.*

*“(...) Aderem ao tratamento os que estão mais envolvidos com as próprias mudanças, com os sentimentos, não jogam a responsabilidade no outro.... Sabe, isso é tão difícil de traçar um padrão e a gente se surpreende com as pessoas (...)”.*

De forma geral, o dirigente assume que é difícil traçar um padrão para a questão da aderência ao tratamento.

A alta está ligada ao término do tratamento, embora haja um acompanhamento uma vez por semana, mas se acontecerem recaídas, a empresa não paga mais a internação.

*“(...) A alta é baseada na programação cumprida, os trinta dias e há o pós-tratamento... a alta segue a programação(...)”.*

Verifica-se a dificuldade nesse sentido, pois **se** sabe que a recaída pode fazer parte do processo, mas se o indivíduo recaí, ele está desligado do pós-tratamento. Esse ponto restringe muito a própria definição de dependência de drogas, aqui colocada como uma doença que deve ser tratada pelo resto da vida. No entanto, como fica quando a pessoa recaí e não tem mais possibilidades de se cuidar ?

Pode haver o desligamento do tratamento, se as regras e normas forem desrespeitadas. Contudo, o dirigente cita que é muito difícil de ocorrer porque são muito bem discutidas. Todavia, a pessoa que foi encaminhada pela empresa fica numa situação difícil se for desligada, pois é o seu serviço que está em “jogo”. É mais fácil, portanto, ocorrer o desligamento no pós-tratamento, devido a faltas consecutivas, sem aviso.

*“(...) Deixamos muito claro as regras e as normas... E, se alguma regra for quebrada, poderá haver o desligamento... É mais freqüente o desligamento no pós - tratamento, com ausência do compromisso, sem aviso (...)”.*

De maneira geral, na avaliação dos resultados, não há uma avaliação padronizada, sistematizada. Há, neste sentido, uma avaliação pela terapeuta ocupacional, com testes objetivos, como memória, atenção e coordenação motora, quando a pessoa entra e quando ela sai do tratamento. Assim, verifica-se a diferença da entrada e saída do indivíduo, mas não necessariamente isso é uma avaliação de resultados. Porém a instituição a percebe como sendo, contudo, ela está mais relacionada a fatores de mudanças, podendo ocorrer devido ao próprio tempo de abstinência e de desintoxicação.

*“(...) Avaliamos o resultado, o desenvolvimento aqui dentro...Contamos com a terapeuta ocupacional: ela aplica testes de atenção concentrada, memória, raciocínio, coordenação motora quando a pessoa entra, ou melhor, no segundo, terceiro dia e, um ou dois dias antes dele sair. Assim dá pra ver a mudança, mesmo em um mês, dá pra ver a diferença, assim, mostramos pra eles para que possam desenvolver mais suas limitações (...)”.*

*“(...) No pós- tratamento, se o indivíduo recaí, ele é cortado e não há mais o acompanhamento (...)”.* *“(...) A gente tem experiência, eu já passei por isto, a gente também avalia, de forma indireta, os comportamentos, o período quando entra e quando sai, você vê mudanças, mudanças de comportamento, como está menos agressivo, fechado e fala mais de seus sentimentos, por exemplo (...)”.*

É citada a avaliação de comportamentos visíveis, observáveis, como por exemplo, o indivíduo que está menos agressivo, está falando mais sobre sentimentos. No entanto, também temos que relevar a questão da própria adaptação do indivíduo a uma rotina e toda mudança possível quando se está num ambiente novo, num centro de tratamento.

As dificuldades descritas estão ligadas ao início do trabalho da instituição, que é a confiança e credibilidade das empresas. Cita que o primeiro contrato com uma empresa muito

bem reconhecida no Brasil ajudou muito a imagem da Instituição e outros convênios ocorreram devido a trabalhos já realizados na empresa.

*“(...) A dificuldade foi conquistar a confiança das empresas, a credibilidade delas... Quando conseguimos o primeiro convênio foi o pontapé para outras empresas para acreditarem no nosso trabalho... As empresas querem saber com quem você já trabalhou e, assim, foi abrindo as portas de outras empresas (...)”.*

As mudanças ocorridas durante o tempo de trabalho dessa instituição diz respeito a mudanças pessoais e maior credibilidade pelas empresas citadas acima. As mudanças pessoais se referem a mudanças do processo do tratamento do dirigente, como aceitação da doença, do desejo de recuperação, do A.A, das próprias limitações, enfim, da forma como ocorreram as mudanças pessoais e do significado disso para ele, quando se questiona a mudança ao longo de sua experiência em atendimento a usuários de drogas.

*“(...) As mudanças que tive em mim, enquanto ex-dependente... Mudanças de aceitar a dependência, a doença, de entrar para AA, de falar mais, de perceber em mim minhas limitações, fraquezas, e de aceitar todo esse processo (...)”.*

*“(...) A Instituição também mudou de vida! Hoje ela tem credibilidade e acredito no trabalho que faço... sempre estou aprendendo, mudando (...)”.*

A promoção de saúde é colocada como o auto-conhecimento, ou seja, como forma de saber lidar com os sentimentos bem como o conhecimento e a aplicação dos Doze Passos. Como a aplicação dos Doze Passos foi positiva para o dirigente, admite-se a importância dessa técnica e acredita-se que o conhecimento deste é uma forma de promover saúde, como foi para ele.

*“(...) Promovemos saúde quando fazemos com que o residente passe a se conhecer mais, refletir mais sobre sua doença, conhecer os doze passos e ter estratégias, caminhos para lidar com a dependência (...)”.*

*“(...) Ajudamos a desenvolver a pessoa quando ela dialoga com nossa equipe, reflete sobre os exercícios, tarefas, pensa em seus comportamentos... quando a gente consegue fazer com que a pessoa comece a olhar diferente para ela mesma... quando elas conseguem se conhecer melhor... estamos promovendo a saúde da pessoa, a saúde mental dela (...)”.*

Observa-se a valorização da aceitação das próprias limitações e no AA, N.A, um dos passos é se sentir impotente perante o álcool e as drogas. É sentir que há uma limitação perante essas drogas. E nesse ponto, pela fala do entrevistado, se estende para as limitações comportamentais, para a melhoria em lidar com os próprios sentimentos, para ter estratégias para lidar melhor com a dependência, enfim para que a pessoa comece a olhar diferente para si mesmo. Esses dados, nessa instituição, referem-se à promoção de saúde.

Esta instituição tem como sugestão a busca de visitas constantes às empresas. O dirigente pretende aumentar seus convênios, mostrar seu trabalho a novas empresas e tem como meta realizar essas visitas com mais frequência.

*“(...) Eu não mudaria nada. Acho que tudo que vivenciei com este trabalho foi uma aprendizagem e tem a ver comigo. Aqui tem sentido para mim...A sugestão está ligada mais ao nosso trabalho aqui... irei mais às empresas, mostrarei o trabalho... vou ficar mais na parte das visitas às empresas (...)”.*

O dirigente afirma que acredita no que faz e, por isso, tem confiança para mostrar seu trabalho. Verifica-se esta instituição como uma empresa, que tem metas e visa lucros e assim está buscando ampliar seus convênios com as empresas da região.

## **Instituição 5**

### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 6 anos

Cidade: Taubaté

Modalidade de tratamento: Comunidade Terapêutica

Previsão de duração do tratamento na instituição: seis meses

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: 16

Atendimento ao gênero masculino e feminino

Período de atendimento à Família: uma vez por mês

Situação Formal: registrada pela ANVISA

### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 1º grau completo- monitor e diretor de instituições de atendimento a drogadependente -Ex dependente

Idade do entrevistado: 30 anos

Estado civil: solteiro

### B- Origem e Natureza da Instituição

O dirigente da instituição é um ex- dependente. Passou por uma internação e foi convidado para ser monitor. Iniciou seu trabalho de monitor em centros de tratamento e, atualmente, é dirigente desta Comunidade Terapêutica. A equipe conta com o dirigente, com um monitor, que é também ex- dependente, e com a L. mãe do dirigente, que fica responsável pela parte administrativa.

A Instituição fica locada numa casa grande e conta com a sala de televisão, a sala de recepção, os quartos (com lotação de dezesseis pessoas), os banheiros, a cozinha e a copa. Tem piscina, sauna, dois quartos fora da casa, que têm os jogos, o espaço para reuniões e um jardim na frente da casa.

O dirigente cita que nas próximas semanas eles mudariam para uma chácara. Entre Taubaté e Tremembé, é um lugar mais espaçoso, com árvores e há três casas (uma irá ser só para o feminino). Assim, estão ansiosos para mudar.

A pesquisadora observou o local. Os internos estavam sentados no espaço para reuniões, conversando uns com outros. O monitor foi conversar com a pesquisadora, assim, como a mãe do dirigente e ambos foram falar da importância de uma psicóloga no local. Posteriormente, realizou-se a entrevista.

### C- Descrição e Análise do atendimento prestado pela Instituição

O histórico desta instituição se inicia a partir de um ex-dependente que somou atividades de monitorias nas casas de recuperação, criando assim, sua própria Comunidade Terapêutica. Pelo discurso do entrevistado, observa-se a necessidade de reorganização pessoal e/ ou manutenção em relação à abstinência.

O dirigente cita que só irá conseguir se manter limpo por um período de tempo, tendo como apoio, realmente, um trabalho de doação dentro de um centro de tratamento. Aqui, verifica-se que, para o dirigente, a importância da instituição tem relação direta com a “recuperação” de si mesmo.

Nesta instituição, não há admissão de pessoas de fora para trabalhar. O dirigente ressalta que, dentro da instituição, monta um grupo e faz treinamento. Esse treinamento ele

recebeu no curso de conselheiro e, quem se interessar, após o tratamento fica trabalhando na instituição.

A instituição define não a dependência de drogas em si, mas o dependente de droga como doente e também ressalta como dificuldades familiares. Contudo, considera muito complexo esse tema. Finaliza então afirmando que há muitos fatores que podem contribuir para essa doença e assim não define diretamente. Observa-se, nesse ponto, uma tentativa de uma definição mais “formal”, porém afirma que a definição do dependente de drogas é complicada e, possivelmente, há junção de fatores pessoais na elaboração dessa definição.

*“(...) São pessoas que possivelmente optam por esse caminho por não terem bons relacionamentos, talvez, em encontrar alguma dificuldade em relacionamento familiar (...)”. “(...) Desenvolve uma predisposição para isto... predisposição genética. É bem assim, é por isso que eu falo que é um pouco complicado responder esta questão. Não tem como, posso te falar por que ele desenvolve esse tipo de doença, mas porque ele já vem com essa doença, não tem como explicar (...)”.*

*“(...) Por que ele desenvolve essa doença? Não vou falar pra você que ele nasce com essa doença. Ele pode desenvolver, Ai, vão buscar carinho em outros lugares, vão buscar atenção em outros lugares, vários fatores contribuem para desenvolver essa doença (...)”.*

A forma de trabalho citada pelo entrevistado é a dos “Doze Passos”, método realizado pelo dirigente em seu próprio processo de tratamento. Esse dirigente acredita ser produtivo e, por isso, reproduz em sua Comunidade Terapêutica. Ele cita que há terapias de sentimento, mas que elas não podem passar mais de uma hora de duração, porque acredita ser muito cansativo. Observa esse discurso de forma muito rígida ou até mesmo impositiva já que o representante fala pelos demais, ou seja, para ele é muito cansativo, então, para os outros, será também. É um dado para levantar a respeito da possível presença da pouca tolerância à frustração, da impulsividade e do egocentrismo.

*“(...) O tratamento é pelos Doze Passos, aqui seguimos o modelo Minessota (...)”.*

*“(...) Porque eu não permito que as atividades passem mais de uma hora de terapia, mesmo porque já não é mais produtivo. A pessoa já mexeu na cadeira, pode encerrar a reunião (...)”.*

Há a admissão de homens e mulheres e não há discriminação de idade e admite-se aquele que, segundo o dirigente, quer mudar de vida. Ressalta, nesse aspecto, o caráter da responsabilidade somente do indivíduo, sendo que se observa que, se o indivíduo não tiver colaborando, se não tiver adequado ao grupo, o próprio grupo o exclui.

*“(...) O critério de admissão está ligado àqueles que querem uma nova vida... Diante do tratamento, caso não queira, nós não o excluimos. Quem o exclui é o próprio grupo. O grupo rejeita. Eu digo:, se você não quer se tratar, aqui não é teu lugar, volta a usar drogas (...)”.*

De forma não sistematizada, cita que setenta a oitenta por cento aderem ao tratamento devido ao sentimento de compreensão. Nessa fala, verifica-se que o dirigente acredita que há uma compreensão para com os internos pelo fato de profissional habilitado, que é ele mesmo.

*“(...) Então...eu posso colocar setenta por cento a quase oitenta por cento adere ao tratamento, por ser uma filosofia de vida. Enfatiza-se uma qualidade de vida. Não são coisas que estão escritas no próprio programa de tratamento e é enfatizada a vivência deles, se me entende (...)”.*

*“(...) Pessoas que rejeitam o tratamento... não é que rejeita porque quer rejeitar, mas é porque, em algum momento, se não tiver um profissional habilitado para conseguir identificar isso... aí não tem como ajudar o cliente, passa a atrapalhar (...)”.*

A alta está ligada ao término do programa proposto. Ressalta o período de três a quatro meses, considerando que, de forma geral, a alta se dirige ao tempo do tratamento. Há também desligamento, por infringir os regulamentos e por rebeldia, como se observa no discurso abaixo.

*“(...) Em relação à alta, há sim. Na verdade, o tratamento tem por no mínimo seis meses, em que de três a quatro meses no período de internação pode-se ter a alta e o restante, na fase de reinserção social(...)”.*

*“(...) Em relação ao desligamento tem sim... Em todo centro de tratamento, existem as expectativas e regulamentos do residente. É dentro dessas expectativas que se vive e o que vem infringir as expectativas, acontece isto... Não tem como de repente, me prender a um, sendo que eu tenho, vamos dizer, mais trinta. Eu não posso deixar um atrapalhar trinta. A maior dificuldade é a rebeldia (...)”.*

Há uma supervalorização do grupo em relação à singularidade, ou melhor, valoriza-se a quantidade de pessoas na instituição em relação à diferença particular de uma só pessoa. O dirigente ressalta que não tem como se prender a um, sendo que há, mais trinta, ou seja, não pode deixar um atrapalhar trinta.

Não há uma avaliação de resultados padronizada, o que há é uma avaliação pelo entendimento dos doze passos pelos internos. Observa-se, nesse aspecto, mais um entendimento intelectual, racional do que uma alteração emocional, sentimental. Há, também, uma avaliação pelo próprio grupo, que ocorre no cotidiano, no qual as pessoas trocam experiências e se auto-avaliam, porém sem critério sistematizado.

*“(...) A gente avalia pelo comportamento deles, pela compreensão e entendimento dos Doze Passos... o próprio grupo, eles mesmos se avaliam. Um avalia o outro, até mesmo no cotidiano. A gente também, quando se reúne em grupo e um dá o retorno para o outro, de como ele está, de como ele tem ficado, aqui mesmo dentro do centro de tratamento (...)”.*

*“(...) Não há um acompanhamento depois, eles nos ligam, dão um retorno, às vezes, a gente fica sabendo, às vezes, uns retornam para cá, para o tratamento.... O resultado é, a pessoa tem que ser manter firme, limpo (...)”.*

O dirigente cita que resultado é manter-se “limpo”, focando, nesse aspecto, resultado como abstinência.

A dificuldade relatada se refere ao fator financeiro, mas logo ressalta que, apesar disso, estão crescendo, estão se mudando para um espaço maior. Enfatiza que as dificuldades servem para superação e verifica-se na fala do entrevistado.

*“(...) As dificuldades estão ligadas ao financeiro. Temos pessoas que, realmente, não podem pagar, auxiliar, mas a gente não diz não. No entanto, apesar dessa dificuldade, estamos em pé... estamos mudando para uma chácara, um lugar maior e, nisso, a gente está vendo o resultado do nosso trabalho(...)”*.

São citadas algumas mudanças, como pessoais, aprendizagem sobre dependência química, mudanças geográficas e não se centra em nenhuma específica.

*“(...) As mudanças tem a ver comigo. Durante todo minha trajetória, eu mudei, mudei minha vida, minha visão, mudei meu jeito, busquei ler, buscar nas literaturas e aprendi mais sobre a dependência química (...)”*.

*“(...) Aqui, também houve mudanças, mudanças ligadas desde ao espaço do centro de tratamento. Mudamos para várias casas, localidades... agora que estamos indo para outro lugar... lá terá mais espaço, mais verde, espaço para hortas, muitas árvores, que dá para incluir outras atividades para o pessoal, no próprio tratamento (...)”*.

A instituição se refere à promoção de saúde ligada à abstinência e à saúde física. Ressalta que a pessoa volta a cuidar da saúde e, assim, observam-se aqui noções primárias promotoras de saúde, voltadas para o físico.

*“(...) A gente promove saúde e eles ficam melhores... Aqueles que conseguem, realmente, levar a sério, que conseguem ficar em abstinência, a saúde deles é que agradece (...)”*.

*“(...) A saúde do dependente de drogas está muito arruinada e, quando ele vem para o centro de tratamento, é que ele volta a cuidar da saúde. Antes, ele não estava nem aí, nem sequer pensa nisto... Quando ele não está mais se intoxicando, colocando drogas no corpo, ele já está voltando a cuidar da saúde. Nesses meses dá para ver, claramente, a mudança, o físico da pessoa. A pessoa vem magra, ou inchada, e ela vai se recuperando (...)”*.

O dirigente levanta como sugestão a necessidade de políticas públicas para dependência química e a inclusão dos ex-usuários na sociedade, como se vê no seu discurso.

*“(...) Eu sugiro que a política pública, que os governos se voltassem mais para a questão do dependente de drogas. Ele sai daqui, ele não tem emprego, não tem perspectivas de trabalho e isso é muito negativo (...)”*.

*“(...) Que as pessoas conhecessem o dependente, que ele não seja rotulado... não o isolem, nem o excluam, porque qualquer pessoa pode ter um filho dependente químico (...)”*.

Observa-se o questionamento ligado à necessidade de emprego, no momento em que o indivíduo sai de uma casa de recuperação e não há perspectivas. Também, levanta-se a hipótese de um desabafo pessoal no que se refere a se sentir discriminado e a necessidade do dependente químico ser incluído socialmente. O dirigente coloca que essa situação pode acontecer com qualquer pessoa.

O dirigente enfatiza sua vivência com as drogas, sua experiência nas ruas, com uma certa valorização, no sentido de superação, e afirma que necessita desse trabalho para a própria recuperação.

O entrevistado demonstrou-se disposto a falar de sua experiência, porém, apresentava-se agitado, mexia as mãos e as pernas com frequência. Pôde-se perceber que retomava para as questões intelectuais e literárias como uma maneira de se proteger, porém seus constructos pessoais emergiam na sua fala.

## **Instituição 6**

### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 5 anos

Cidade: Taubaté

Modalidade de tratamento: Clínica Psiquiatra

Previsão de duração do tratamento na instituição: um mês

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: 20; 10 dependentes de drogas

Atendimento ao gênero masculino e feminino

Período de atendimento à Família: uma vez por mês - 4 encontros

Situação Formal: registrada pela Prefeitura

### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 3º grau completo- Psicóloga

Idade do entrevistado: 38 anos

Estado civil: separada

Formação na área de dependência química: Não tem. Trabalha com Psicodrama

### B- Origem e Natureza da Instituição

O início da Instituição ocorreu a partir da idealização de um psiquiatra em abrir uma clínica psiquiátrica, pela necessidade deste tipo de trabalho, na região.

A pesquisadora foi atendida pela psicóloga, a qual é responsável técnica que estaria disposta a atender.

Inicialmente, a pesquisadora conheceu a equipe, a qual conta com o responsável pelo recursos humanos, duas atendentes, três pessoas na enfermaria, o psiquiatra, o segurança, as pessoas responsáveis pela cozinha e pela limpeza, a nutricionista, as duas psicólogas, a terapeuta ocupacional, o professor de educação física e o plantonista.

A entrevistadora conheceu o espaço físico da clínica. Há a recepção, o banheiro e logo há a entrada para a sala de televisão e sala de jantar. As suítes são decoradas. Há espaço para recreação, onde se realiza a gincana e outros jogos. Há biblioteca, espaço para o trabalho da terapeuta ocupacional, os leitos de enfermaria, a sala da enfermaria, a cozinha, as salas de atendimento e o quintal com muitas plantas. Foi alugada uma casa ao lado da instituição para uma melhor acomodação dos leitos e para as salas das psicólogas.

A entrevistadora conversou com os pacientes, eles estavam se arrumando para a festa country, que iria acontecer à noite. Após um período na clínica, a entrevista foi realizada.

#### C- Descrição e Análise do atendimento prestado pela Instituição

O início desta instituição se dá a partir da carência de uma clínica psiquiátrica na região, segundo a visão do psiquiatra. Nessa instituição, há uma equipe de profissionais que trabalham com transtorno mental. A entrevistada enfatiza que há um contato próximo com os profissionais e os pacientes, ou seja, há uma liberdade para os diálogos, pois são tratados todos com muito respeito. A entrevistada denomina as pessoas na instituição como uma família.

A definição de dependência química que a instituição adota é referente à doença, à patologia. Reforça que atendem pessoas que estão adoecidas. Assim, empregam a seguinte metodologia de trabalho: os medicamentos, o atendimento psiquiátrico, o psicológico, a terapia em grupo, oficinas etc. Assim, o trabalho é feito em equipe.

*“(...) A dependência de drogas vimos como uma patologia, como outras e que tem comorbidades, isso é tratado aqui. A dependência de drogas não está isolada, está ligada, por exemplo, com depressão, com distímia, e aqui é trabalhada a doença (...)”.*

*“(...) É uma área da saúde mental que atendemos às pessoas que estão adoecidas...O tratamento é realizado com uma equipe profissional, cada um na sua área, trabalhando de maneira técnica. O psicólogo faz o papel dele, a terapeuta ocupacional faz o papel dela, o psiquiatra o dele, e assim vai. Dialogamos muito e aqui se trabalha em equipe (...)”.*

*“(...) O tratamento inicia com o acolhimento... Recebemos o paciente, cada um faz uma análise, o psiquiatra e as psicólogas etc. Montamos uma programação para cada paciente, eles são tratados de forma singular e isto é bem trabalhado (...)”.*

*“(...) O tratamento inicia com medicação... Todos que chegam irão tomar remédio... Medicamento há sim, mesmo para lidar com a fissura, para abaixar a ansiedade, angústia e, depois, isso é administrado em cada caso.....o tratamento é baseado na formação técnica de cada um e trabalhamos em equipe (...)”.*

Há a ênfase no acolhimento do paciente e se constrói uma programação singular para cada um, para cada caso. Verifica-se uma particularidade no tratamento e a entrevistada ressalta que o tratamento é intensivo, pois é na própria relação cotidiana.

Admite-se quadro de transtornos mentais e, assim, inclui-se a dependência química. Homens e mulheres e as peculiaridades das diferentes patologias são trabalhadas, e essa diversidade e essa diferenciação não é considerada um fator prejudicial.

*“(...) Admitimos transtornos psiquiátricos, drogadictos, depressão, stress, crise aguda de traumas, enfim, só excluimos pessoas portadoras de doenças infecto-contagiosas graves (...)”.*

A adesão ao tratamento fica prejudicada somente no período de desintoxicação e, de maneira geral, aderem ao tratamento por ser singular, o que torna a fazer sentido para cada um dos pacientes.

*“(...) Eles geralmente aderem ao tratamento na primeira semana que é difícil, por causa da fissura, desintoxicação...Aderem porque sentem que o tratamento é para eles e é mais singular, assim, percebem sentido no tratamento (...)”.*

Há dois tipos de alta: a alta médica e a alta experimental. A alta médica é realizada pelo psiquiatra e pelas psicólogas. A alta experimental é para realizar a reinserção social, ou seja, o paciente vai para a casa e retorna. A entrevistada afirma que se trabalha o retorno, com a família e com o paciente.

*“(...) Aqui há a alta médica, que também está ligada como o parecer das psicólogas. A pessoa sai com a receita médica, com as condições físicas e psíquicas em estabilidade... Há também a alta experimental, que são altas que damos para a pessoa fazer a reinserção social. Ela sai e fica uns dias, volta e isso é trabalhado, depois sai fica mais dias e retorna (...)”.*

A entrevistada destaca que, em relação ao desligamento, é muito raro ocorrer. Somente acontece quando o paciente fez muitas tentativas de fugas e já se tentou de várias maneiras uma intervenção para que esse paciente permanecesse na clínica. A instituição compreende as fugas, trabalha isso com o paciente, por isso é difícil o desligamento.

*“(...) Tem gente que foge, a gente busca, ele volta, a gente conversa, ele fica. Às vezes foge de novo e fazemos isto tudo novamente... Lá pela décima vez, se ele*

*fugir, a gente emite uma carta relatando sobre o desligamento dele, encaminha-o para outro lugar (...)*”.

*“(...) O desligamento seria em casos muito extremos, ou seja, em casos que a pessoa realmente não fica e, depois de muitas tentativas, isso poderá ocorrer (...)*”.

A avaliação de resultados do trabalho, nesta instituição, está ligada à avaliação clínica, medicamentosa, psicológica e ao acompanhamento pela equipe. A entrevistada cita que, quando a família está desestruturada, o paciente reincide.

*“(...) Nós não os acompanhamos quando saem. A gente fica sabendo porque muitos ligam, dão uma passadinha aqui. A gente não tem algo para afirmar quantos recaem, quantos estão bem... não temos dado tabulado, registrado. É mais informal a avaliação, não há sistematicamente... sabemos até que seria importante, mas não temos (...)*”.

*“( (...)O que a gente tem é a avaliação de resultados aqui dentro. A partir da nossa proposta de tratamento, de acompanhamento aqui, observamos os resultados, pela administração dos medicamentos, pela avaliação clínica e também pelo nosso trabalho, na parte da Psicologia (...)*”.

Ela ressalta que não há um acompanhamento posterior ao término da internação e não há propriamente dita uma avaliação de resultados e sim um acompanhamento do paciente dentro da clínica. A entrevistada ressalta que há indicação para o paciente, quando sai, procurar por um auxílio, um acompanhamento psicológico e um atendimento ambulatorial.

Afirma que não há, na instituição, um acompanhamento dos pacientes que já estiveram dentro dela, nem mesmo a porcentagem dos que recaíram. Enfim, admite-se que é importante, mas não é realizado este trabalho.

A dificuldade da instituição está relacionada com a conscientização dos pacientes em relação à própria doença, pois, no início, negam e, assim, há muitas dificuldades de intervenção. Posteriormente, quando há a aceitação e a conscientização da patologia, há um envolvimento do paciente com seu tratamento.

Outra dificuldade é a família se envolver e se responsabilizar pelo paciente. Enfim, o difícil ela estar preparada para recebê-lo e lidar com as recaídas.

*“(...) A dificuldade está ligada à conscientização. Conscientizar que eles estão doentes, passar e ultrapassar a fase da negação, e aceitar a lidar com todo o processo. Depois que já se conscientizou, o paciente já está sabendo, aceitando, aí tudo é mais fácil... os pacientes se envolvem mais com o próprio processo de tratamento (...)*”.

*“( (...) Outra dificuldade é a família... dela estar preparada para receber o seu parente, lidar com as recaídas, ou seja, ela se empenhar e não largar a pessoa aqui. Buscar fazer com que a família se envolva. A gente observa que, informalmente, os casos em que a família está empenhada, em 80% deles há bons resultados (...)*”.

A entrevistada relata que houve algumas mudanças ao longo do seu trabalho. Uma delas é a diminuição do medicamento por parte da psiquiatria. A medicação, geralmente, é

feita o mínimo necessário; além disso, aconteceu uma maior união entre a equipe, isto é, as pessoas se sentem bem trabalhando na instituição. Por fim, a instituição pôde contar com um maior espaço de atuação e de respeito para com a Psicologia.

É importante ressaltar que o trabalho da equipe reflete diretamente no trabalho com os pacientes, como também no respeito pelo trabalho ao campo da Psicologia.

*“(...) As mudanças sempre ocorrem. A administração dos medicamentos era mais rígida. Atualmente, as dosagens são menores, pois se dá o mínimo necessário ... As relações de trabalho de nossa equipe estão mais fortes, solidificadas. Falamos a mesma língua, ou seja, estamos mais entrosados e isso auxilia muito no tratamento dos pacientes (...)”.*

*“(...) A Psicologia ganhou mais espaço e há um grande respeito pelo nosso trabalho(...)”.*

A instituição aponta fatores que promovem saúde como a saúde mental. A instituição se torna um ponto de estabilidade e referência para os pacientes e familiares e, também, há dez por cento de seus leitos para ação social.

A entrevistada afirma que o trabalho da instituição direciona a saúde mental das pessoas, as quais saem mais estáveis e com a medicação prescrita.

Observa-se a importância dada à instituição no que diz respeito a ser ponto de apoio para momentos de crises e de desequilíbrio.

*“(...) Há promoção na saúde mental. Nosso trabalho é saúde mental dos nossos pacientes... Eles saem mais estáveis, superam as crises, saem com a medicação prescrita e estamos sempre dispostos a ajudar. Essa instituição se torna um ponto de apoio para aqueles que saem, uma referência (...)”.*

*“(...) Aqui 10% dos casos é social, ou seja, eles não pagam, aqueles que não podem pagar... a gente prioriza a questão da qualidade: não é só o dinheiro, é o bem-estar do paciente (...)”.*

Uma sugestão citada pela entrevistada é o acolhimento nos atendimentos a pessoas com transtorno mental. Acredita-se que esse é o diferencial no bom atendimento.

A entrevistada afirma que o acolhimento é o ponto de partida e, por meio disso, se conquista a confiança e a empatia do paciente.

*“(...) Que as pessoas tivessem um acolhimento para com esses pacientes, eles necessitam disso, pois são muito excluídos. As pessoas que têm transtorno mental, irão ao hospital, serão mal atendidas, deixadas de lado, como também, os dependentes são deixados por último (...)”.*

*“(...) Acredito que esse acolhimento eles não tenham nos prontos-socorros, nos tratamentos ambulatoriais, emergenciais e isso que dá a diferença (...)”.*

Verifica-se que essa fala se refere a outros tipos de atendimentos, como os prontos-socorros, os tratamentos ambulatoriais, emergenciais ou mesmo em outras clínicas, pois, em muitos desses, os pacientes estão isentos de acolhimento e são excluídos.

A entrevistada demonstrou-se disposta a participar da entrevista. A entrevista ocorreu em outra casa devido à privacidade e ao sigilo do estudo, pois a entrevistada trabalha na instituição tempo integral e observou-se o quanto ela é chamada e procurada pelos pacientes. O clima da instituição é de liberdade nas atividades, no qual o paciente não é obrigado a realizar as atividades e da aproximação entre os pacientes e a equipe. Nessas atividades há brincadeiras e diálogos descontraídos, como foi observado.

## **Instituição 7**

### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 5 anos

Cidade: Taubaté

Modalidade de tratamento: Tratamento ambulatorial

Previsão de duração do tratamento na instituição: um ano/ 3meses= 3 vez por semana e 9meses= 1 vez por semana

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: 16

Atendimento ao gênero masculino e feminino

Período de atendimento à Família: uma vez por mês - 4 encontros

Situação Formal: não registrada, até o momento, pela Prefeitura, não registrada pela FEBRACT, nem ANVISA

### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 3º grau completo- Psicóloga

Idade do entrevistado: 36 anos

Estado civil: separada

Formação na área de dependência química: Não tem. Trabalha com Reiki

### B- Origem e Natureza da Instituição

Esta instituição iniciou a partir de uma ramificação de uma Comunidade Terapêutica da cidade de São José dos Campos, São Paulo, para facilitar o atendimento da demanda da cidade de Taubaté, a qual estavam indo para São José dos Campos para realizar o

tratamento. A fundadora é ex-dependente e largou a direção devido a problemas familiares. Conseqüentemente, a entrevistadora assumiu a direção.

A entrevista foi realizada numa segunda visita à instituição. A pesquisadora conversou com a responsável sobre a pesquisa e conheceu o espaço físico da instituição. A equipe conta com a entrevistada, a irmã H., na parte administrativa, a ajudante geral e a conselheira espiritual. Ressalta que a instituição não é para fins lucrativos, mas que tem vaga social.

A Instituição é situada numa casa no centro Taubaté. Tem a sala de recepção, com muitas flores, um espaço místico, a sala em que fica a parte administrativa, a sala de atendimento da entrevistada, a sala de reunião com a equipe, a sala de grupo em que se trabalha os “Doze Passos”, a cozinha, o banheiro e uma área de fundo, que tem cadeiras em círculo, a qual também pode servir para encontros onde se pode fumar.

### C- Descrição e Análise do Atendimento Prestado pela Instituição

A instituição nasceu a partir da direção de uma ex-dependente a qual foi internada numa casa de recuperação em São José dos Campos. Para atender a demanda de Taubaté, montou uma ramificação em Taubaté e essa ex-dependente foi convidada para gerenciar. Essa fundadora iniciou, convidou a entrevistada para trabalhar junto, para serem sócias e, atualmente, a entrevistada está na direção.

A entrevistada, até então, não tinha trabalhado com dependência de drogas e ressalta que aprendeu a admirar o método dos doze passos por meio da ex sócia, a qual não acredita em outra metodologia. Verifica-se, aqui, a importância que a entrevistada dá ao conhecimento da metodologia dos doze passos, assimilado por meio da ex-dependente, a qual se tornou um modelo a seguir.

A Instituição define a dependência como uma doença incurável, como descrita na Organização Mundial de Saúde e acredita somente na abstinência. Afirma que até acredita que há o uso esporádico, mas que a diferença é tão tênue, que prefere adotar a abstinência total.

*“(...) Compreendemos a dependência química, como a organização mundial da saúde diz, que é uma doença, que não tem cura, que a pessoa ficará a em recuperação a vida toda... Acreditamos na abstinência total, pois se ele parar com o crack, cocaína, e substituir pelo álcool, apenas substitui a dependência. A gente acredita na compulsão. O sujeito tem obsessão para conseguir a droga (...).”*

O método de trabalho é dos “Doze Passos”, aplicados por uma ex-dependente, que realizou o tratamento nesta instituição e está há quase dois anos em recuperação. Essa ex-

dependente é chamada de conselheira espiritual. A entrevistada realiza o trabalho com a família, que é mais informativo, pois ela está no papel de coordenação da instituição. Afirma que, também, orienta e discute os casos com a conselheira espiritual. Além disso, a entrevistada ressalta que adota, algumas vezes, relaxamento com os pacientes, músicas relaxantes e, também, palestras de motivação e auto-estima.

Observa-se uma diversidade nas intervenções, embora o eixo do trabalho seja os Doze Passos.

*“(...) A gente trabalha a dependência química baseada nos Doze Passos dos alcóolatras anônimos, e é claro com uso de outras drogas, e aí a gente vai pelo N.A (...)”.*  
*“(...) Tem o conhecimento desses Doze Passos, tem tarefa relativa aos Doze Passos, estuda cada passo... a gente trabalha bastante a auto-estima: palestras de motivação, de incentivo, de estímulo, de prevenção à recaída... Nossa conselheira é uma adicta. A gente acredita que, para tratar adicto, tem que ser um dependente químico em recuperação... Tem algumas dinâmicas, tem relaxamento, colocamos cd de relaxamento... Tem a partilha de sentimentos: é o momento em que eles têm para falar de como eles estão (...)”.*

A admissão está ligada à voluntariedade. Admitem-se homens, mulheres, não há limites de idade e não se admitem pessoas com co-morbidades graves. A entrevistada ressalta que se denomina tratamento ambulatorial, mas para ser ambulatorial, deve haver médicos e uma equipe mais estruturada. No entanto, adota essa nomenclatura por ser um tratamento sem internação.

Ela afirma que quem adere ao atendimento são as pessoas mais velhas, a partir dos trinta anos. Essa é uma observação sem sistematização, a qual ocorre por uma observação na experiência cotidiana. Afirma que as pessoas mais velhas já sabem mais o que querem, diferentes dos mais jovens que oscilam mais, ora quer, ora não.

*“(...) É difícil falar para você quem adere ao tratamento, porque não há um padrão... o que eu vejo é a questão de idade, pessoal... os mais jovens têm mais dificuldade para aderir, pois eles querem em parte o tratamento, logo já não querem mais. O pessoal, na faixa do trinta, trinta e pouco, adere mais. Parece que sabe o que quer, mais do que os mais jovens (...)”.*

Outro dado colocado pela entrevistada é sobre o perfil de quem entra na instituição. Há usuários que têm a intenção de usar drogas de maneira controlada. A entrevistada afirma que tem que saber que não pode usar nunca mais.

A alta está ligada com o término da programação dos doze passos, que se refere a um ano de tratamento. Não há sistematizado o acompanhamento dos que realizaram o tratamento, de quantos recaíram e de quantos não. Afirma que não tinha pensado nisso, até então, e que realmente é importante. Assim, não há uma avaliação de resultados padronizada.

*“(...) A alta está ligada ao tratamento de um ano, ou seja, após o tratamento e o pós, tem alta. A gente não tem sistematizado isto: quantos tiveram alta com o tratamento inteiro (...)”.*

*“(...) A gente não tem avaliação de resultado... Até não tinha pensado nisso. Avaliamos aqui dentro... avaliamos pelo comportamento dele, aquele que faz o tratamento inteiro, um ano inteiro, a gente vê por aí (...)”.*

O desligamento está relacionado com rompimento das regras, como faltas consecutivas, sem aviso, uso de drogas e recaídas. Nesse último, há uma tolerância a três recaídas, senão a pessoa é desligada, devido ao fato de não seguir o padrão. A questão da três recaídas não é comentada diretamente com os pacientes, pois, se souberem, alguns podem recair até completar três vezes, segundo a entrevistada.

*“(...) O desligamento acontece sim, quando ele quebra as regras... aqui, ele não pode vir com droga e com bebida. Não pode faltar as reuniões, ou seja, se tiver três vezes faltas consecutivas sem avisar e se não for por motivo justo ele estará desligado... Três recaídas seria o máximo que ele poderia dar. A gente não fala isso para ele, porque senão ele vai querer dar as três recaídas, mas é pra gente ter um controle, senão vira bagunça (...)”.*

Observa, aqui, um não cumprimento de regras claras para com o paciente, como a citada acima, devido à necessidade de protegê-lo de seu próprio comportamento.

A dificuldade sentida pela instituição é de aceitação da doença por parte do sujeito. O difícil é ele aceitar que é impotente perante a droga e que não tem mais controle sobre sua própria vida. Nessa fase, segundo a entrevistada, ele não aceita o tratamento. A partir do momento que não há mais negação, o tratamento realmente se inicia.

Outra dificuldade é essa demanda investir financeiramente no tratamento. Ela relata que tanto o paciente quanto a família não querem investir financeiramente. Geralmente relatam que têm dificuldades econômicas e enfatizam que, no momento de usar droga, não se pensa no dinheiro.

*“(...) A dificuldade é do próprio adicto, de aceitar a doença, porque dependência química é carregada de negação... A dificuldade é que ele venha a instituição e aceite o tratamento, trabalhe nos nossos moldes. Se ele é um alcóolatra, ele vai se apresentar assim: eu sou fulano, um alcóolatra em recuperação, um adicto em recuperação... Admitir a impotência perante o álcool, a droga, admitir que ele não tem o controle da própria vida (...)”.*

*“(...) Uma grande dificuldade também é dele investir no tratamento, porque tem um preço, já que nós não somos um centro filantrópico...Existem os gastos...nossa dificuldade é fazer o usuário investir e dar valor para esse trabalho. Parece que querem que seja gratuito(...)”.*

A entrevistada **cita que** sente desvalorizada por isso. Acredita que o trabalho deve ser reconhecido, que há gastos e que essa instituição não é sem fins lucrativos. Ela afirma que, antigamente, ficava com receio de não atender àqueles que não podiam pagar e, atualmente, isso não acontece mais. Essa foi uma das mudanças ocorridas ao longo do seu trabalho na

instituição. Nesse aspecto, entra um ponto importante que é a dificuldade do indivíduo investir em si próprio e o resgate da valorização financeira da própria instituição.

Aconteceram algumas mudanças ao longo do seu trabalho, como a maneira de lidar com o dependente químico, pois era muito condolente e, no momento, sabe perceber as manipulações, as mentiras, enfim, compreende mais os comportamentos típicos do dependente químico. Outra mudança foi a valorização financeira do trabalho, comentada acima e a reorganização da instituição, como a parte burocrática, os papéis de cada profissional, e a parte administrativa.

*“(...) Posso dizer que houve mudança em mim... A maneira de eu lidar com o adicto, eu era muito boazinha, mudei bastante... Eu tenho mais capacidade de enxergar manipulações, eu enxergo mais rápido, quando ele está manipulando, quando ele está mentindo, sendo desonesto(...)”*

*“(...) Antes a gente pagava para trabalhar... a gente queria atender todo mundo, então vinha alguém chorando e a gente já pegava...Não tinha o profissional, a gente reorganizou melhor aqui(...)”*

A entrevistada afirma que há promoção de saúde no resgate do laço familiar, na aparência física e no amor próprio. Constata que esses fatores promotores de saúde são visíveis, em curto tempo, em dois, três meses. Ela cita que os pacientes contam novas situações vivenciadas por eles, como sair com a família, brincar com o filho e ir a um médico, por exemplo.

*“(...) A vida familiar, o resgate da vida familiar, da dignidade pessoal, o residente muda a olhos vistos, rápido... Quando ele entra em recuperação, a sua aparência física muda... Ele vem desleixado, ele vem caído...Aí você vai percebendo que ele vai cuidando da sua aparência,vai procurando médico (...)”*

*“(...) Aqui ele aprende a importância de se cuidar, de se amar, se valorizar... o lazer, ele começa a dar valor a sair com o filho, ir ao parquinho, para brincar com o filho, coisa que ele nunca fez, isso passa a ter importância(...)”*

Pontuam-se, aqui, mudanças positivas no relacionamento do indivíduo com ele mesmo e com o próximo, ao seu redor. Denotam-se duas sugestões nesta Instituição: uma é a simplicidade do tratamento dos Doze Passos e a outra é a adoção da espiritualidade para outras instituições de atendimento em drogadependência.

A entrevistada observa que há muitos estudos científicos, muitos congressos e muitas discussões, muitas clínicas caras com outras técnicas, no entanto o mais simples é que realmente funciona. Ela comenta que os Doze Passos tem simplicidade, já que todos têm acesso e que há uma desvalorização do que é simples, uma desvalorização dos Doze Passos, por meio do campo científico.

Cita, também, a ausência da espiritualidade no campo científico. Acredita, assim, que um dos pilares para a mudança na questão das drogas é a espiritualidade. Sugere que haja mais pesquisas relacionando espiritualidade com a ciência, como se verifica no seu discurso.

*“(...) As coisas simples que funcionam...Os Doze Passos têm uma coisa: permanecer simples, não se complica nada, eu permaneço nessa linha... os Doze Passos incluem tudo que uma pessoa precisa para mudar a sua própria vida (...)”.*

*“(...) Os resultados com a simplicidade são desvalorizados....Há uma vaidade imensa... Se até dentro da simplicidade há vaidade, calcula-se no meio acadêmico, científico... eu vejo que é preciso, nos Doze Passos a questão da espiritualidade. Eu sinto falta disto no meio científico... sem a espiritualidade não se vai a lugar nenhum (...)”.*

Verifica-se, aqui, um desabafo da entrevistada para representantes do campo científico, ligado ao tratamento em dependência de drogas e a importância de uma junção do campo científico, do senso comum e da espiritualidade.

Observa-se, na instituição, a valorização dos Doze Passos no tratamento com adictos. A entrevistada se coloca com uma certa resistência a outros métodos científicos, como se “defendesse” o modelo do Alcoolicos Anônimos e dos Narcóticos Anônimos. Observa-se, no espaço físico da instituição, um espaço aberto, no qual a entrevistada e os outros integrantes podem fumar. Nesse aspecto, observa-se a separação de drogas ilícitas e lícitas vivenciada pela equipe da instituição.

## **Instituição 8**

### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 6 anos

Cidade: Taubaté

Modalidade de tratamento: Comunidade Terapêutica

Previsão de duração do tratamento na instituição: 4 a 7 meses

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: 24

Atendimento ao gênero masculino

Período de atendimento à Família: 15 em 15 dias

Situação Formal: registrada pela Prefeitura,

### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 1º grau completo- Monitor e Dirigente da instituição de atendimento a drogadependente – ex dependente

Idade do entrevistado: 26 anos

Estado civil: solteiro

Formação na área de dependência química: Não tem.

### B- Origem e Natureza da Instituição

A instituição teve seu início a partir de seu presidente que é um ex- dependente, o qual pela conversão religiosa largou das drogas. Esse ex-dependente foi pregar o evangelho, e conversando com as pessoas da rua, percebeu ter muitos dependentes químicos. No entanto, percebia que só falar, conversar não adiantava. Tinha que tirá-los dali. Assim, arrumou um local para levá-los e nasceu a instituição, cujo nome significa amor de Deus.

A instituição conta com o presidente, que é pastor, o vice-presidente, colega do pastor, a esposa do pastor, que fica na parte administrativa, é conselheira e, também, cuida da roupa dos internos e o entrevistado, que fica na direção, o qual está o período inteiro com os internos.

A pesquisadora foi apresentada aos internos, participou de uma oração e do lanche e foi conhecer o local. O espaço é amplo, conta com muitas árvores, jardins e está situado num lugar onde há muitos sítios. Na entrada da casa, há placas com dizeres evangelhos. Há um galpão onde são realizadas as refeições e as reuniões espirituais. Dentro da casa, há a cozinha, a sala para escritório, uma sala de estoques e o banheiro. Há plantações de hortas, bananeiras e um grande espaço. Na parte superior do terreno, tem o alojamento, no qual tem os beliches e o banheiro. Outra parte do terreno tem uma represa, que o pessoal utiliza para a pesca.

A entrevistadora foi atendida pelo diretor na sala do escritório e realizou a entrevista.

### C- Descrição e Análise do Atendimento Prestado pela Instituição

A instituição iniciou com uma pessoa que saiu das drogas, por meio do evangelho e criou uma casa de recuperação, que tem como centro a espiritualidade. Observa-se, aqui, a necessidade de transmitir para os dependentes de drogas o que foi passado para ele, ou seja, uma maneira de retribuir a própria mudança de vida. O entrevistado é um ex-dependente e foi internado na própria instituição. Está sem uso de drogas há um ano e oito meses e, atualmente, faz parte da diretoria.

A instituição está como utilidade pública há dois meses e é indicada no atendimento à drogadependência, pela área de assistência social de Taubaté, com a qual tem convênio.

O entrevistado não faz uma definição da dependência de drogas, mas faz uma apreciação a respeito da droga e do dependente químico. A droga apresenta um caráter que domina a pessoa e esse não tem controle. Define, também, como uma doença que pode ser curada pela conversão religiosa. Ressalta que, pela palavra de Deus, há possibilidades de curar o dependente químico e a Bíblia contém todos os ensinamentos de vida.

Ele se compara com um médico, que diagnostica e prescreve o que deve ser feito. Como exemplo, comenta sobre o indivíduo que é rancoroso e, pelo evangelho, ele deve ser moldado e transformado com boas virtudes.

*“(...) A droga é uma doença. O drogado é um doente que pode ser recuperado. Tem a possibilidade de ser curado, sarado, transformado. Nós convertemos, nos curamos (...)”.*

*“(...) O drogado não usa porque ele quer, existe o caráter dele, o caráter dele domina. Esse sujeito alimenta, por exemplo, ser agressivo, outro é pessimista, aí ele vai procurar ajuda na droga... O caráter tem que ser modificado, transformado... Deus pode ajudar a ter domínio disso e não te conduzir para a droga(...)”.*

Acredita que se deve eliminar o que leva ao uso de drogas, mas não especifica sobre isso e utiliza, como forma de tratamento, os princípios a serem seguidos, como a espiritualidade, o trabalho e a disciplina. Não há propriamente uma metodologia de trabalho na instituição e o entrevistado cita uma frequência significativa de leituras da bíblia, orações e cânticos evangélicos.

Verifica-se a necessidade de fazer com que a pessoa volte e/ ou inicie uma vida com regras e disciplina. Compara-se com um “tesourão” que vai podando os galhos ruins e secos.

*“(...) O tratamento é pelo trabalho, pela transformação espiritual. É fazer que a pessoa volte a ter uma vida com regras, ser disciplinada e ser digna de novo...”. “(...) O objetivo aqui é libertar as pessoas...a gente é como um tesourão, que vai cortando, cortando os galhos ruins, secos (...)”.*

Há um forte controle sobre a vida do outro e se determina o que deve ser seguido para ter os bons resultados. Acredita ser importante o afastamento da família e enfatiza que quem adere ao tratamento são as pessoas com que a família rompe a relação, pois, a partir daí, ele fica mais forte, quer recomeçar novamente. Diferentemente daquele que a família fica dando apoio e atenção todo tempo.

*“(...) Aquele que fica no tratamento, que adere, é quando ele é cortado pela família, quando todo mundo, boa parte das pessoas, lá de fora, não ficam do lado dele, aí, ele fica aqui. Quando as pessoas já o deixaram pra lá, aí ele adere... Aí, ele busca ter sentido... Ele diz para ele mesmo: vou fazer agora minha própria família, vou gostar de mim(...)”.*

Admitem-se homens, a partir de dezoito anos e a pessoa que quer mudar de vida, e não há limites para ajudar o outro, se ele quiser ser ajudado, como se observa na fala do entrevistado.

*“(...) O critério de admissão é sem limite. Uma barreira, uma pessoa com questões particulares, diferentes pode vir, sim, se tem barreira pra entrar, a gente faz de tudo pra ajudar. Não dispensamos a pessoa que quer ajuda... O importante é ele querer mudar de vida. Admitimos qualquer pessoa que queira deixar esse mundo das drogas, do crime(...)”.*

Aceita o quadro de dependência química, embora não seja feito um diagnóstico propriamente dito. A instituição está aberta para aquele que estiver, segundo ele, envolvido no mundo do crime, do tráfico, do uso e do abuso de drogas.

O entrevistado relata que só aceita a pessoa novamente na instituição, quando estiver com uma nova turma, para não gerar problemas de relacionamento e de fofocas. Verifica-se

que o que se prioriza é ausência de conflito entre o grupo e não as particularidades e não o próprio grau de dependência química do indivíduo, em particular.

A alta está ligada ao tempo do programa, que pode variar de quatro a sete meses e o desligamento ocorre por violência e/ ou por uso de drogas. Enfatiza que o desligamento é observado de caso para caso, pois se o indivíduo pedir perdão, ele tem chance e é possível recomeçar.

*“(...) O desligamento ocorre por violência, brigas e uso de drogas. Isso ocorre não muito, mas já ocorreu. No entanto, a gente não tem isto em números... O desligamento é visto, também, em cada caso. Às vezes acontece algo assim, mas a pessoa pede perdão, assume o que fez etc, daí, demos outra chance(...)”.*

Não tem avaliação de resultado padronizada em relação ao trabalho realizado pela instituição. A avaliação é pelo comportamento observável, como a mudança de comportamento, a linguagem, as gírias, o físico etc. O entrevistado cita que se avalia o tempo de permanência da pessoa na instituição e o certificado que recebe na saída é uma prova do resultado. Não há um acompanhamento posterior.

*“(...) A avaliação é feita no dia-a-dia, por meio do comportamento deles. Eles mesmos falam o quanto mudaram, passam a modificar o jeito. A família percebe como ele está diferente, está conversando, a linguagem mudou, o físico, a aparência está melhor(...)”.*

*“(...) Quando eles saem, a gente não acompanha lá fora não, às vezes... A gente avalia o tempo que ele ficou aqui. O certificado é uma prova do resultado dele aqui (...)”.*

Há a avaliação do interno, no sentido de analisar como foi o comportamento. Avalia-se pelos seguintes critérios: obedecer regularmente às regras da casa, ter bom relacionamento com os outros e demonstrar boa disposição nos períodos espiritual. Se for positivo nos três, ele até pode ficar mais alguns meses. Assim, se não teve uma boa conduta, ele deve sair para dar lugar para outros que querem se recuperar. Observa nesse aspecto, a prioridade da quantidade em prol da qualidade.

A dificuldade colocada foi financeira. Denota que, por ser filantrópica, há necessidade de muitos recursos e as pessoas são muito carentes. Relata que esperam o apoio da prefeitura e, enquanto isso, buscam doações e contam, também, com ajuda de algumas famílias.

O entrevistado enfatiza que as outras dificuldades, que surgem, como a rebeldia, a agressividade, os tremores, já são esperados, pois acredita que faz parte de todo processo de recuperação.

Verifica-se a ênfase dada ao setor econômico em relação a outras dificuldades, não focando como estão estas dificuldades para os próprios internos e como estão lidando com isto, considerando em menor grau as singularidades de cada caso.

*“(...) É o lado financeiro. Precisamos de mais recursos, porque aqui é filantropia, tem pessoas que ajudam, mas, por exemplo, pedir um salário por mês é muito difícil, é caro para eles... Eles não são os problemas em si. A gente já espera que vai manifestar alguns comportamentos. É natural, é esperado que comportem assim (...)”.*

O entrevistado cita que a mudança ao longo de sua experiência foi estar mais próximo e conversar mais com o interno. Ressalta que não adianta ser muito rígido, ditador e autoritário.

*“(...) A mudança ocorreu sim, foi o trabalho com eles, no dia-a-dia. Não adianta apertar com eles, ficar em cima, ficar tanto no pé e, sim, ser mais amigo deles, estar mais próximo, conversar mais. Não ser ditador, mandão, é fazer o papel de amigo, isto eu acho que foi uma mudança (...)”.*

Esse aspecto citado acima é um ponto para discutir, ou seja, como estavam as relações na instituição, as relações de poder e de autoritarismo, anterior a esta mudança, e com que intensidade isto se alterou, pois ainda o discurso é bastante rígido.

A instituição denota que o que promove saúde é a readaptação do indivíduo à rotina, à saúde física e o retorno às atividades, ao trabalho, fatos esses raros na vida de um dependente químico. Enfatiza que a pessoa volta a um padrão, com disciplina, com horários para comer e dormir.

Observam-se, nesse aspecto, fatores de promoção de saúde primários, como a resgate físico e condições de uma readaptação à rotina.

*“(...) Eles têm horário, têm rotina. Lá fora não têm regra para comer, para dormir, para nada. Vamos colocar no padrão do homem certo, no lugar, com disciplina e com hora para tudo, fazer as coisas com moderação(...)”.*

*“(...) Ele cuida do corpo... ele passa a ficar melhor, o seu corpo, o físico... Tem o trabalho, a terapia ocupacional, estimula-se a auto-estima da pessoa, para se sentir valorizada, ver que sabe fazer, além de ter qualidade no que realiza (...)”.*

O entrevistado afirma que, na instituição, é proibido falar do passado, do mundo das drogas, pois se verifica a necessidade de esquecê-lo. Não há maneira de canalizar esse passado por meio de diálogo, de conversas sobre os problemas, mas pela conversão religiosa e por uma nova identidade.

O entrevistado sugere a inclusão da espiritualidade no trabalho com dependência de drogas e a exclusão do preconceito. Afirma que se deve apresentar algo maior que as drogas, não sendo outros remédios e sim, a conversão religiosa.

*“(...) Quem quer ajudar o dependente químico tem que apresentar algo maior, mais forte, não sendo comprimido, remédios ou outras drogas, e sim o lado espiritual, não expondo a pessoa, o que ele fez, o que ele foi um dia... Que não tenha esse preconceito, porque muita gente consegue sair e transformar a vida, por exemplo, como eu (...)”.*

Quando se fala do preconceito, o entrevistado afirma que as pessoas conseguem sair das drogas e cita o próprio exemplo.

O entrevistado se coloca como o responsável pela instituição. Há o presidente e a esposa, porém, quem estava disposto e motivado a realizar a entrevista foi o entrevistado. Observa-se o interesse do entrevistado em querer falar de sua experiência. Ele enfatiza que reside na instituição e observa-se um novo *status* a esse entrevistado, já que ele se recuperou na própria instituição. Está a um ano e oito meses em recuperação e se define como o responsável, com uma “certa” admiração. Enfatiza a sua dedicação à instituição e à necessidade de retribuir aos outros sua nova vida.

## **Instituição 9**

### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 1 ano e meio

Cidade: Taubaté

Modalidade de tratamento: Hospital Dia

Previsão de duração do tratamento na instituição: 1 ano- 30 dias intensivo (segunda a sexta) e 11 meses semi intensivo (1 ou 2 x por semana). Internação só casos extremos, não é comum.

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista:6

Atendimento ao gênero masculino e feminino

Período de atendimento à Família: 1 vez por semana

Situação Formal: registrada pela Prefeitura

### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 3º grau completo- Psicóloga

Idade do entrevistado: 36 anos

Estado civil: casada

Formação na área de dependência química: Não tem. Trabalha com Comportamental

### B- Origem e Natureza da Instituição

A entrevistada já teve experiência com dependência química em uma clínica psiquiátrica e, por divergência de trabalho, saiu daquela instituição. Sempre quis montar uma entidade que não fosse somente para internação, mas como um hospital-dia, pela necessidade de inclusão do paciente na sociedade.

A entrevistadora foi conhecer a estrutura do local e teve contato com os pacientes, os quais estavam realizando atividades musicais.

A equipe conta com psiquiatra, duas psicólogas, professora de educação física, terapeuta ocupacional, oficinas, nutricionista e secretária. A Instituição é um sobrado num bairro de classe média- alta em Taubaté. Na parte superior da casa, há as salas de atendimento dos técnicos, uma sala para enfermagem e o banheiro. Na parte inferior da casa, há a sala de recepção, a sala de televisão, o banheiro, a cozinha, a sala das refeições, a sala para atividades manuais. Perto do quintal, há jardins e espaço amplo para a atividade física, outra sala com tv, vídeo e espaço para trabalho em grupos. Em seguida, a entrevista foi realizada.

### C- Descrição e Análise do Atendimento Prestado pela Instituição

O início da instituição ocorreu devido à pretensão de um psiquiatra e uma psicóloga para realizar um trabalho diferencial na região, na área de dependência química, que se refere à inclusão dessa demanda, por meio de atendimento ambulatorial. O objetivo é incluí-lo na família, na comunidade e na sociedade. A instituição abriu, recentemente, e está iniciando seu trabalho de divulgação. A maior demanda, no momento, são de pessoas dependentes de drogas.

A definição da instituição a respeito do fenômeno dependência de drogas se volta para o dependente químico e é apontada pela entrevistada como uma patologia. Essa patologia está incluída nos transtornos mentais e há o tratamento das co-morbidades. Busca-se o entendimento desse paciente em sua totalidade.

*“(...) O dependente, eu consideraria, dentro dos transtornos mentais, porque para mim seria um transtorno porque é uma doença. Só que ela não está incluída nos transtornos mentais, mas a gente trata a dependência como uma doença mesmo. Ela precisa ser tratada... a gente vê as co-morbidades... a gente vê o paciente como um todo (...)”.*

A metodologia empregada é o acompanhamento psiquiátrico, com medicação, a psicoterapia individual e em grupo, as oficinas e a terapia ocupacional.

Ressalta que o primeiro trabalho é motivar o paciente a participar do atendimento. Trabalha também no sentido de criar novas habilidades, novos comportamentos e prevenir as recaídas. O tratamento não se baseia exclusivamente na busca da abstinência. Entende-se a recaída e se reforça cada conquista do paciente.

*“(...) O primeiro trabalho nosso é criar essa motivação no paciente para que ele possa aderir ao tratamento. Ele não vem com a motivação...Cada dia é uma atividade diferente: tem a oficina de teatro num dia, no outro, oficina de música... oficinas...terapeuta ocupacional... Depois toda sexta tem o convívio familiar... Nós trabalhamos a psicoterapia individual e em grupo...psiquiatria... tomam a medicação (...)”.*

A admissão do paciente é do quadro de dependência química, com co-morbidades e outros transtornos mentais, a partir de dezoito anos, homens e mulheres. Enfatiza que, na instituição, não se realizam procedimentos evasivos e, esses casos são encaminhados para o pronto-socorro.

A entrevistada afirma que quem adere ao tratamento são as pessoas que passaram por muitas perdas, os mais velhos, e quem tem apoio da família. Denota a importância do relacionamento familiar no tratamento do indivíduo. Cita que a pessoa mais nova é mais difícil de criar essa motivação. Geralmente, ela está mais na fase de contemplação e voltada mais para o prazer imediato.

*“(...) Quem adere ao tratamento que eu percebo são aquelas pessoas que realmente já passaram longos anos da vida delas com muitas perdas, e que hoje reconhecem isso e acabam criando essa motivação... O adolescente ainda está na contemplação. Não percebeu ainda, não perdeu tanto, então para ele está no prazer, só... Os mais velhos já têm isso, as perdas são maiores, aí tem uma facilidade maior em aderir (...)”.*

*“(...) É mais fácil o paciente aderir ao tratamento quando ele tem o apoio da família, isso é essencial. Quando assim, a integração dele, o relacionamento dentro desse núcleo familiar estão mais harmônicos. Quando tem uma aceitação, reflete no tratamento (...)”.*

A alta está ligada, inicialmente, ao período do intensivo, que é a presença do paciente todos os dias, menos no final de semana. Em cerca de trinta dias, essa seria uma primeira alta e, depois, há a alta do semi-intensivo, que é a pessoa que vai ao atendimento uma ou duas vezes por semana, até completar um ano.

*“(...) A alta é assim: vai ter uma alta do intensivo, que ele não vem mais de segunda a sexta. Então ele só vem terça e quinta, por exemplo, e assim passaria para o semi-intensivo, ou seja, duas ou três vezes por semana. Nesse semi-intensivo, ou ele vem meio período ou só o período da tarde, varia do grau, como ele está (...)”.*

O desligamento está ligado ao uso de drogas e à violência. Se ele não estiver bem num determinado dia, ele não é obrigado a participar das atividades e pode ficar no quarto de repouso. Relata que os pacientes vêm com frequência ao atendimento, pois falam que preferem o tratamento ambulatorial que o regime de internação.

*“(...) Na questão do desligamento, há algumas regras: que ele não chegue alcoolizado, drogado, pois ele volta pra casa, não pode trazer drogas. Além disso, não pode ter violência... Geralmente, quase todos que vêm, ficam. Até porque eles preferem assim, eles não suportam internação (...)”.*

A avaliação do resultado do trabalho se refere à avaliação psiquiátrica e psicológica. Há o acompanhamento da equipe pelo relatório de cada paciente. Verifica-se como o paciente estava quando entrou, seu percurso e como saiu. Uma maneira de acompanhar é o atendimento durante esse onze meses, posterior aos trinta dias do intensivo.

Observa-se que não há uma avaliação padronizada e sistematizada da avaliação dos resultados e o que há é um acompanhamento.

*“(...) Avaliação seria a avaliação aqui dentro, do psiquiatra. Nós fazemos reunião semanalmente ou quinzenalmente. Cada uma fala como está... Todo dia, todos profissionais escrevem no prontuário, como se fosse um relatório mesmo: como passou o dia, o que aconteceu, como ele está... É um acompanhamento que você tem, a evolução dele, ele entra e como ele vai evoluindo durante o tratamento (...)”.*

A entrevistada cita que da área de saúde mental tem que gostar muito. Para ela a área da saúde mental é gratificante, porque é um desafio. Pode-se, conseguir auxiliar um paciente que está muito mal, mas também o profissional da saúde tem que reconhecer suas limitações.

A entrevistada afirma que a dificuldade que há é a família. Há um trabalho informativo, um trabalho explicativo com essa família. No entanto, ela, muitas vezes, não colabora com o paciente, não se responsabiliza pela medicação. É difícil para aceitar as recaídas, lidar com a confiança. A família dá mais trabalho que o próprio paciente.

*“(...) A dificuldade que eu acho realmente é a família. Trabalhar a família porque eles têm uma visão que não vai ter jeito, a gente tem que fazer com que a família entenda o problema do paciente, às vezes não é só a dependência (...)”.*

*“(...) O nosso trabalho com a família é informativo... é importante que acompanhe. Que dê o apoio, que incentive, que não critique tanto (...)”.*

A mudança ocorrida durante o tempo de experiência da entrevistada foi a atuação de seu trabalho e de sua equipe no atendimento em regime de hospital-dia, pois assim, há maior possibilidade de inclusão do paciente. Esse já era um desejo seu que, recentemente, está podendo realizar, como também da equipe, ou seja, está sendo colocada em prática a filosofia que já se acreditava.

*“(...) A visão que nós estamos colocando em prática, eu já tinha, tanto é que resolvi abri algo que pudesse estar colocando o hospital dia... A necessidade de inclusão do paciente era algo que já há tempos atrás, eu já acreditava... encontrar uma equipe, um pessoal que também acredita nesse trabalho (...)”.*

A característica mais marcante na promoção da saúde é a inclusão social do paciente. Esse paciente volta a fazer atividades cotidianas que já não vinha mais realizando e assim, retoma a auto-estima e a própria valorização.

Trabalha-se com o paciente outros focos em suas vidas, como música, oficinas, teatros e outros. Prepara-se o paciente para o enfrentamento das dificuldades cotidianas, como se verifica, na fala da entrevistada.

*“(...) A gente promove saúde aqui o tempo todo... na dependência de drogas, eles começam a se voltar para outras coisas. Há outros focos, como oficinas, música (...)”.*

*“(...) Vai fazer um passeio, que é a interação com a comunidade... a inclusão aqui é o foco, dos pacientes com a comunidade, com a própria família, criar outros vínculos... a gente vai preparar esse paciente já para voltar para as atividades dele....vai voltar a ter todas as dificuldades que ele tinha antes, porém ele vai ter que ter um preparo para estar enfrentando isso (...)”.*

Observa-se que o atendimento-dia, o qual possibilita a esse paciente o contato diário com a realidade externa, concomitantemente, sendo trabalhado para o enfrentamento, já é uma maneira de promover saúde, pois o paciente retoma o exercício da cidadania, das relações com a família e com a comunidade e não se perde o vínculo. Verifica-se que o paciente passa a assimilar e a reconhecer que as dificuldades estarão presentes, mesmo que estejam em tratamento e a aprendizagem é no sentido de como lidar com essas dificuldades.

A entrevistada tem como sugestão que a classe médica realize a inclusão dos pacientes psiquiátricos e dependentes químicos. Enfim, é necessário que compreendam que a visão da saúde mental está se modificando e não é mais tradicional. O ponto fundamental nessa área é a inclusão dos pacientes.

*“(...) Só espero que a população, os próprios médicos, no meio médico possam ter essa compreensão, também, do quanto está se modificando essa visão de saúde mental, que não é valorizada. Existe aquela visão mais antiga, de que o diferente tem que ficar mesmo de fora (...)”.*

Nessa fala, a entrevistada fala um pouco da realidade que se vivencia. Ainda essa demanda é repleta de preconceito e há muito que se desenvolver nessa área, tanto pela classe médica, como pelos familiares e pela sociedade.

A entrevistada demonstra a intenção de deixar claro que o trabalho da instituição é realizado por uma equipe técnica e o ponto importante é a inclusão dos pacientes na comunidade. Pontua-se que a instituição tem um ano e meio, e assim, verifica-se que está iniciando seu trabalho de divulgação, na região. Essa instituição se coloca como um diferencial pela sua abordagem científica e por não ser regime de internação.

## **Instituição 10**

### A1- Identificação da Instituição

Período de Atividade: 7 anos

Cidade: Caçapava

Modalidade de tratamento: Comunidade Terapêutica

Previsão de duração do tratamento na instituição: 1 ano

Número de Pacientes atendidos, no momento da entrevista: 44

Atendimento ao gênero masculino e feminino

Período de atendimento à Família: 15 em 15 dias

Situação Formal: registrada pela Prefeitura e pela ANVISA

### A2- Identificação do Dirigente

Grau de instrução do Entrevistado: 2º grau completo- Pastor- ex-dependente

Idade do entrevistado: 48 anos

Estado civil: casado

Formação na área de dependência química: Curso em dependência química pelo Denarc

### B- Origem e Natureza da Instituição

O histórico da instituição inicia com um adolescente que estava fugindo da polícia. Nessa ocasião, pediu para Deus livrá-lo da cadeia, pois, assim, ele ia largar as drogas. A polícia não o prendeu e ele pediu ajuda para sair das drogas para a fundadora desta instituição. Ela, que já tinha trabalhado com adolescentes, abriu uma comunidade terapêutica e acolheu esse primeiro interno.

A equipe conta com a fundadora, que atua na área administrativa e é conselheira, com o entrevistado, que, também, coordena e dá curso de teologia, com os quatro monitores, com a psicóloga, com a pedagoga, com o professor de música e de ginástica que vem uma vez por semana.

A entrevistadora, primeiramente, conheceu o espaço físico. A comunidade terapêutica é situada numa grande chácara, com árvores e plantas. Há o alojamento com beliches e

banheiros, logo acima, há a parte do refeitório. Há outra sala que tem televisão, vídeo e, outro espaço que constitui a parte do escritório. Na parte inferior do terreno, há um espaço coberto para reuniões e para outras atividades, a academia de musculação e o campo de futebol. Há outra casa que está relacionada com o pessoal da terceira fase, que tem sala, cozinha, banheiros, quartos e uma sala para atendimentos, de uma forma geral.

Na parte da manhã, o entrevistado apresentou a entrevistadora à comunidade terapêutica e, após o almoço, a entrevista foi realizada.

### C- Descrição e Análise do atendimento prestado pela Instituição

O histórico da instituição diz respeito a um pedido de ajuda de um adolescente, o qual prometeria largar das drogas, se o mesmo não fosse pego pela polícia e a fundadora abriu a Comunidade Terapêutica. A fundadora já tinha trabalhado com adolescentes e se mobilizou com o pedido de ajuda e, quatro meses depois, fundou a instituição para os adultos.

O entrevistado define o dependente de drogas como um doente incurável, uma doença a qual é instalada no cérebro. Observa-se, nesse aspecto o enfoque biológico e a não responsabilidade do indivíduo perante o abuso de drogas:

*“(...) Eu fui um dependente, eu sai... a dependência... as pessoas pensam que ela é instalada no corpo, está alojada no cérebro(...). Isto é uma doença, que realmente, as pessoas têm e, para sair desse vício, o tratamento ideal é o psicológico. Senão, ela volta, sem tomar medicação, que é outra droga (...)”.*

*“(...) Ele precisa ter bastante consciência que essa doença não tem cura, então, mesmo nós que somos evangélicos, a ciência prova isto, não tem cura, e nós que somos evangélicos cremos em Deus, que Deus liberta, mas que não cura (...)”.*

Relata que é ex-dependente e por isso tem experiência no assunto: Como pastor acredita que Deus liberta das drogas, mas esse problema não cura. Enfatiza que é importante o trabalho psicológico com o dependente e afirma que é contra a medicação.

A forma de trabalho está ligada ao setor espiritual, psicoterapia individual, convivência em grupo e laboterapia. O entrevistado afirma que se trabalha o corpo, a alma e o espírito e que o trabalho dessa comunidade está centrado no setor psicossocial. Realça que algumas vezes o A.A e N.A colaboram com a instituição, bem como outros profissionais que realizam palestras, como advogados, policiais e outros.

*“(...) A gente trabalha todas as partes: Corpo, alma e espírito... As pessoas vêm para instituição onde têm aulas. Tem pedagoga, assistente social, psicóloga, professor de educação física, além de lazer, laboterapia (...) atividade espiritual, orações. Aqui é um tratamento no setor psicossocial (...)”.*

Admitem-se pessoas que vêm voluntariamente, sem distúrbio mental: homens, mulheres, adolescentes e adultos, no entanto precisam estar em concordância com as normas da instituição.

Afirma que é difícil saber quem adere ao tratamento, principalmente, no início, pois não se conhecem as pessoas. Muitas vezes, surpreende-se com a reação delas. Por exemplo, o indivíduo em que não se acreditava muito é o que realmente adere. Observa-se que não há certezas e respostas absolutas, nesse sentido.

*“(...) A adesão ao tratamento, normalmente, de início, é difícil você saber, porque não se conhece a pessoa; passa-se a conhecer quando a família realmente entra no sistema para se recuperar junto.... É muito difícil ver quem se recupera (adere), quem não se recupera, mas, às vezes, têm pessoas que você olha e diz não vai dar certo, e dá certo (...)”.*

O entrevistado reconhece que a participação da família no tratamento é fundamental. Acredita que quem adere ao tratamento é aquele que pode contar com uma maior participação da família.

Há a alta ligada ao término do tratamento proposto e se avalia o comportamento do indivíduo, enfim, como foi a conduta da pessoa, dentro da instituição. Segundo o entrevistado, há pessoa que recebe alta, mas acredita que é muito difícil a permanência dessa pessoa fora da instituição sem o uso da droga, porque, para isto, esse indivíduo tem que assumir que isso não faz mais parte de sua vida. Com certas pessoas, essa dificuldade acontece, mesmo tendo ficado um ano.

Nesse ponto, verifica-se o reconhecimento de que há pessoas que, mesmo tendo permanecido o tempo proposto pela instituição, não estejam preparadas para sair. No entanto, admite-se que esse tempo proposto é importante. A pessoa que fica o período todo tem mais chance de ficar bem. Esses dados não são sistematizados.

Há a alta administrativa, a qual é dada quando a pessoa não cumpre as regras da instituição, sendo, então, desligada. Há a evasão do local quando a pessoa foge e a administração não é avisada. Nesse caso, a instituição não é mais responsável.

*“(...) Quando a pessoa sair extremamente das regras estabelecidas, com comportamentos inadequados, a casa dá a alta administrativa... Tem a alta convencional que é aquela pessoa que cumpriu o tempo proposto, o processo de ressocialização e não deu problema. Portanto, fica um ano (...)”.*

*“(...) Na alta, é feita uma avaliação. A média da internação é de um ano e, nesse um ano, ele vai estar sendo avaliado. Então, tem pessoas que você dá alta, sabendo que vai ser muito difícil a permanência dele sem o uso da droga, do álcool, porque, assim, a mente das pessoas tem que buscar uma cauterização: isto eu não quero mais, não faz mais parte da minha vida (...)”.*

A avaliação do resultado está ligada ao acompanhamento do indivíduo e ao tempo do tratamento. O entrevistado cita que setenta por cento que termina o tratamento fica em abstinência, dado esse não sistematizado. Verifica-se que não há um acompanhamento posterior ao término do tratamento e não há uma avaliação padronizada. Assim, se questiona sobre a falta da efetividade no tratamento e sobre o que se espera em termos de resultados.

*“(...) O resultado final, encontra-se no dia-a-dia do paciente. Acompanhamos e percebemos que algumas pessoas terminam o tratamento. Então, desse número podemos falar por alto. Geralmente, setenta por cento deles permanecem limpos(...)”.*

*“ (...) Então, são pessoas que terminam, que vão até o fim. As pessoas que terminam têm possibilidades de continuarem a ficar sem beber, usar droga. Normalmente, ficam limpos(...)”.*

As dificuldades colocadas pelo entrevistado são cotidianas, financeiras e não especifica nenhuma, de maneira significativa. Ressalta que as dificuldades são inerentes ao trabalho e lida com cada uma delas.

*“(...) Têm várias, às vezes você tem dificuldades na alimentação, financeira, às vezes é documentação. Bom, hoje, eu tenho boas relações com a comunidade, com as pessoas de peso... É assim, as dificuldades fazem parte do trabalho, cada dia surge uma, mas a gente vai lidando com elas (...)”.*

O entrevistado cita que houve muitas mudanças ao longo da experiência: mudanças geográficas, financeiras bem como afetivas, na maneira de falar com os internos e espirituais. Uma que ele ressalta é não ter mais medo dos internos, como ocorria antes de ele entrar na instituição. Neste último caso, o entrevistado fala do medo da morte, algo particular e pessoal:

*“(...) A instituição cresceu... tem mais recursos... antes de você entrar no Obra, Deus faz na sua vida, você tem medo, dos caras te matarem, só que quando você entra Deus tira isto, é muito interessante, então, eu falo com eles, não tenho medo de nenhum, e sem esse medo da morte. Então, isso Deus tirou (...)”.*

*“(...) Fui raciocinando, pensando e comecei minha mudança. Foi quando eu não admitia que eu poderia errar, eles sim, eu não, então, se eu errasse eu não pedia desculpa. Eu comecei a mudar(...)”.*

A característica marcante, a partir do relato do entrevistado, na promoção de saúde, é no sentido do restabelecimento físico da pessoa. Há o atendimento médico, psicológico, além de alimentação adequada, atividades de música, computação, exercícios físicos e outros estudos. O entrevistado cita uma série de ações diversificadas que acredita promover saúde. Essas atividades estão ligadas com a possibilidade da pessoa entrar em contato com novas atividades, novas aprendizagens e conseguir um novo olhar para o próprio corpo.

*“(...) A gente promove saúde aqui. Eles têm várias refeições durante o dia, em cada intervalo tem frutas, eles comem à vontade (...). A gente os leva ao médico...a gente marca, a gente tem acesso lá...Muitos aqui tinham tuberculose, pneumonia, doença na bexiga e foram curados (...)”.*

*“(...) Eles têm aqui aulas, voltam a estudar, têm aula de música, coral, aula de teclado e violão, aula de computador, têm a terapia, eles têm bastante atividade que promove saúde....Eles gostam muito da academia (...)”.*

O entrevistado tem como sugestão a atenção dos órgãos públicos para a dependência química, como mais recursos, mais ações etc. Reconhece que as pessoas ajudam mais crianças e idosos, comparando com o dependente químico e, nisso, se observa o preconceito:

*“(...) Tenho como sugestão que o governo, os órgãos públicos se voltem mais para a dependência química. Há pouco investimento, pouco recurso nessa área.... As pessoas ainda têm muito preconceito. Quando você fala que é para ajudar as crianças, os velhinhos, eles ajudam, agora quando é para os dependentes, eles não ajudam mesmo (...)”.*

O entrevistado se colocou disposto a participar da entrevista. A sua esposa, fundadora da instituição, ressalta que freqüentemente está muito ocupada e que o entrevistado poderia realizar a entrevista, pois tem toda condição para isto. A fundadora desabafa, em algum momento de sua fala e dos gestos, que ela que tem que ficar controlando o entrevistado, pois ele espera que ela o oriente, o encaminhe. No entanto, gostaria que ele fosse mais ativo, ou seja, que não precisasse dela para finalizar algumas questões e tomar decisões. Verifica-se que os papéis se entrelaçam, como o papel de mulher e marido e papel da presidência e do entrevistado, como coordenador da instituição.

## 6. Discussão dos Resultados

Pode-se observar na presente pesquisa, no que se refere ao tempo de atividade das instituições, que 20% estão na faixa de vinte anos e que 80% estão na faixa entre sete anos a um ano e meio. Houve, portanto, um aumento significativo nas questões das drogas, nos tempos atuais, bem como um aumento de oferta, de procura e, também, de instituições de atendimento a dependentes de drogas.

Verifica-se que 80% das instituições têm a presença de “ex- dependentes” na equipe, ou dirigindo a instituição e/ respondendo por elas ou fazendo parte da equipe e da monitoria. Há uma grande ênfase dada às pessoas que já “vivenciaram” essa experiência com as drogas. Como se somente elas pudessem ensinar algo nessa área, por já terem vivido. Nota-se isso no discurso dos ex-dependentes entrevistados, os quais acreditam que, para trabalhar com dependentes químicos, a pessoa “mais” indicada seria aquela que já passou por essa experiência, ou seja, um ex-dependente em recuperação. Essa realidade se confirma com o estudo de Silva e Garcia (2004), em comunidades terapêuticas de tratamento de dependência química no estado do Espírito Santo, no qual afirma que os ex-dependentes utilizam as experiências vividas com a droga e o modo como concluíram os programas terapêuticos, contribuindo assim para o tratamento dos outros, como para si mesmo.

Esse fato abre a possibilidade de gerar uma nova atuação, como monitores em dependência de drogas e dirigentes de instituições, pois a presença do ex-dependente é marcante nas instituições. Nota-se, também, essa nova atuação como uma forma de gerar renda, a qual segue um *status* de uma nova profissão. Além disso, o indivíduo pode lidar com a própria dependência, na relação com o outro.

A necessidade de ajudar outros dependentes está vinculada ao tratamento do indivíduo consigo. O discurso para o outro serve para si mesmo e isso emerge a questão do narcisismo. O indivíduo, com essa nova atuação, percebe-se em um novo lugar, uma nova “identidade” na sociedade.

Nota-se um número menor de pessoas técnicas, ou seja, profissionais da área de saúde nas instituições de atendimento a toxicodependentes em comparação com pessoas do setor religioso e com ex-dependentes. Esse fato revela a realidade e, nesse trabalho não há a intenção de aprofundar a causalidade disto, mas de revelar essa representatividade, no presente estudo. Em geral, as instituições de atendimento a usuários de drogas, pesquisadas,

não têm uma equipe profissional da área da saúde. Para Laranjeira (1996) e Tancredi; Barrios, Ferreira (1998), boa parte dos serviços em atendimento a dependentes químicos são organizados exclusivamente com a boa vontade, sem uma equipe preparada e apresentam disponibilidade de atendimento limitado.

Também é possível observar que 70% das instituições entrevistadas atendem tanto homens quanto mulheres. A necessidade de atender a demanda feminina cresceu, já que a procura de mulheres por atendimento em dependência química aumentou nos últimos anos. Sabe-se que as clínicas tiveram que atender essa demanda e as que ainda não atendem relatam que isso ocorre devido a espaço físico não apropriado e dificuldade de conciliar homem e mulher no mesmo ambiente.

No que se refere ao número de pessoas atendidas, em Guaratinguetá, são 280 pessoas, em Pindamonhangaba, 3 pessoas, em Caçapava, 65 pessoas e em Taubaté, 82 pessoas. Observa-se que, de maneira geral, essas instituições estão realizando atendimento a usuários de drogas, com um total de 430 pessoas, no presente momento. Esse atendimento não foi identificado nos serviços de saúde mental, as secretarias de saúde, bem como o setor de assistência social das cidades entrevistadas.

Questiona-se o quanto há carência nesses serviços de atendimento a essa demanda, e assim, discutem-se as políticas públicas das cidades. Verifica-se que pelo Ministério da Saúde está regulamentado, pela portaria nº 336, em 2002, que estabelece o centro de atenção psicossocial, Caps ad, pelo SUS, até o presente momento, não ocorre nas cidades pesquisadas. Pontua-se a necessidade de atendimento aos usuários de drogas e outras modalidades de atendimento, como se observa na pesquisa. Pelos dados do Brasil (1990), pela legislação do SUS, é necessário que os usuários de drogas tenham acesso à assistência. Conforme Carlini (2002), denota-se que o número de serviços de atendimento especializado em dependência química pelo SUS é, significativamente, baixo. Porém, esses dados, ao serem observados pela presente pesquisa, não foram considerados “baixos” como pelo autor, mas sim inexistentes.

Dentre os entrevistados, 40% tem o terceiro grau, 40% tem o segundo grau e 20% tem o primeiro grau. Em relação à atuação profissional, 20% pastor, 10% teólogo, 10% técnico em eletrônica, 10% em técnico em administração, 20% monitor em dependência química e 30% psicólogos. No que diz respeito ao trabalho das psicólogas, uma utiliza o psicodrama, outra *reiki* e a última, comportamental. Dos entrevistados, 70% não tem formação em dependência química e 30% tem, dois em conselheiro em dependência química, pela UNIAD e um pelo DENARC.

Identifica-se que há poucos profissionais com formação em dependência química e habilitados a trabalhar com essa demanda. Galduróz e Carlini (1993) afirmam que, no tratamento de dependência de drogas, é importante profissionais capacitados, que saibam lidar com as recaídas e motivar o paciente.

Em relação ao histórico das instituições, verifica-se que 40% iniciaram por uma questão de assistencialismo, por intenção de ajudar os que precisam, 40 % iniciaram por uma questão de ajudar os dependentes, por serem ex- dependentes. Assim sendo, 80% surgiram devido a um desejo de atender os usuários de drogas e 20% surgiu devido aos profissionais da área de saúde que ensejam em atuar em dependência química, com um trabalho técnico e especializado.

Das instituições pesquisadas, 80% são regime de internação. Observa-se a predominância do regime de internação, o que se verifica na pesquisa sobre internações e o uso de drogas psicoativas, em 1999. Nessa pesquisa, foram notificadas 44.680 internações, das quais 84,5% por álcool, 8,3% por múltiplos psicotrópicos, 4,6% por cocaína, 1,3% por maconha e 0,2% por solventes, entre outras substâncias (NOTO; MOURA; NAPPO; GALDURÓZ; CARLINI, 2002).

Para alguns autores, deve-se colocar a importância da internação em perspectiva, pois há usuários de drogas que necessitam de um ambiente “protegido”, no qual estaria distante de seu meio por um certo período. Isso poderia constituir um fator importante para o tratamento e também seria indicado para casos de co-morbidades psiquiátricas (OSINAGA; FUREGATO, 2004; BORINI, GUIMARÃES, 2003).

Nota-se, nas instituições, que não há uma avaliação técnica para se certificar se o usuário necessita de internação ou não. O regime de internação é o que prevalece. A internação não deve ser considerada como o único meio de tratamento, mas como uma parte dele. É apenas um recurso com suas peculiaridades, no processo de recuperação de dependência de drogas, segundo Laranjeira (1996).

A maioria das instituições adota regime de internação de nove meses a um ano. Não há diversidades de opções de tratamento ambulatorial nas cidades pesquisadas e, também é importante sinalizar que há, na literatura, posições críticas em relação à internação. Laranjeira (1996) afirma que a internação prolongada não é mais eficaz que o tratamento ambulatorial, na maior parte dos casos. Bandeira (1994) levanta a hipótese para o pequeno êxito dos tratamentos para abuso e dependência química é o fato de que a maior parte das opções de abordagens terapêuticas está centrada em regime de internação e, dessa forma, muitas vezes o indivíduo egressa de uma instituição, volta para o meio social e não sofreu mudanças

significativas durante o tempo que esteve ausente. A indicação de internação, segundo Leite e Cabral (1999), é para casos nos quais ocorre fracasso na obtenção da abstinência por outros métodos menos intensivos e/ ou quando o tratamento ambulatorial se torna muito arriscado ou impossível diante da circunstância de vida que o sujeito está vivenciando. Concorde-se que as internações devem, quando necessárias, ser breves, pois, de acordo com Zusman (1995), quanto menos tempo se passa num processo de internação menor é o estigma que poderá acompanhá-lo no futuro.

Em relação à modalidade da instituição, 60% são comunidades terapêuticas, 10% clínica de tratamento, 10% hospital psiquiátrico, 10% atendimento ambulatorial e 10% hospital dia. O número de comunidades é superior a outras modalidades e o número de técnicos também é restrito. De acordo com Silva e Garcia (2004), a responsabilidade técnica pelos serviços das comunidades terapêuticas fica a cargo de ex-dependentes e/ ou conselheiros espirituais e não de um profissional com formação superior na área de saúde.

Observa-se nas comunidades terapêuticas, um regime de disciplina e de controle. Segundo Vasconcelos (2000), as comunidades terapêuticas são mantidas através de um sistema de regras, punição e recompensa.

No contexto atual, observa-se, nas instituições, uma junção de diversas abordagens de atendimento a drogadependentes. Acredita-se que, em qualquer que seja a abordagem adotada, ela não será isenta de conotações ideológicas, segundo Bucher (1993), pois o consumo de drogas envolve valores, crenças e opiniões e, também, estão inerente conceitos de saúde e doença, contudo, é fundamental a reflexão e a consciência desse fato.

Milby (1988), cita alguns modelos de tratamento, enfatizando algumas abordagens, comentadas nessa pesquisa. Observa-se 20% da abordagem médico-farmacológica, que é utilizada em clínicas/ hospitais, com a finalidade de desintoxicação, tratamento de doenças vinculadas à dependência de drogas, tratamento psiquiátrico, tratamento com clínico geral e diagnóstico de co-morbidades, uso de drogas psiquiátricas e terapias com antagonistas. Predominantemente, há a abordagem sociocultural, que engloba as Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anônimos. Observa-se, portanto, que há 60% das comunidades terapêuticas nesta pesquisa.

A abordagem sociocultural, segundo Milby (1988), utiliza-se de atividades grupais, que visam estabelecer um ambiente terapêutico. Os membros da instituição ocupam-se com tarefas diárias, reuniões, práticas esportivas e espirituais. O objetivo principal da recuperação é a abstinência. O uso de drogas, em algumas o uso do tabaco, e a violência são proibidos e os comportamentos indisciplinados são sujeitos a punições.

Observa-se que, nas comunidades terapêuticas, a equipe é composta por ex-dependentes, por considerar que quem já foi dependente é que está em condições de ajudar na recuperação do dependente de drogas. Porém, nas equipes, é aceitável incluir outros profissionais da área de saúde, mas isso não se verifica, nesta pesquisa.

As idéias sobre Comunidade Terapêutica, segundo Jones (1972), têm, como fator importante, o processo pedagógico ou educativo e é entendido como forma de estimular o crescimento pessoal e o desenvolvimento de uma consciência responsável.

Para Jones (1972), a relação entre a equipe e os pacientes é objeto de freqüente exame e discussão. Porém, as idéias de Jones em relação às comunidades terapêuticas não são seguidas da maneira idealizada por ele. Nas comunidades terapêuticas pesquisadas, a metodologia utilizada é o trabalho e a religião, e o tempo de internação varia de seis meses a doze meses. Nessas instituições, é escassa a metodologia científica para avaliar a eficácia dos trabalhos realizados. Segundo Formigoni (2001), a avaliação de serviços em dependência química deve ser baseada em critérios científicos e requer estudos sistematizados, com grupo de controle e presença de profissionais qualificados.

Uma abordagem menos pontuada é a psicossocial, na qual se incluem as Psicoterapias, como orientação de família, psicoterapia psicanalítica, psicoterapia de grupo, psicoterapia comportamental, aconselhamentos e outros.

Outra intervenção de atendimento, a qual não foi comentada por nenhum entrevistado foi a redução de danos e a entrevista motivacional. Pela literatura, Carlini (1999) afirma que redução de danos não se trata apenas de um paradigma, mas de uma política que respeite a pluralidade de modos de vida. Contudo, no Brasil, a redução de danos ainda é uma estratégia pouco utilizada no tratamento de dependência de drogas, devido à permanência de uma política tradicional de tratamento, que tem como única meta, a abstinência, o que se verifica neste estudo.

Em relação à entrevista motivacional, a qual também não foi citada, verifica-se, pela literatura científica, que é utilizada com bastante freqüência no tratamento de dependência química. Essa entrevista é uma intervenção breve e focal que busca realizar mudanças no estado interior de motivação dos indivíduos para abandonar o abuso de drogas e/ ou comportamentos problemáticos, a qual se baseia no modelo de mudança proposto por Prochaska e Di clemente. Segundo Jaeger e Oliveira (2003), a entrevista motivacional possibilita identificar estágios motivacionais pelos quais se passa e quando realiza mudanças no comportamento problemático.

Alguns estudos já foram realizados para avaliar a utilidade da entrevista motivacional, e

entre eles Laranjeira, Almeida e Jungerman (2000) avaliaram esta intervenção com pacientes dependentes de diferentes substâncias e, também, utilizando prevenção de recaída. Estes estudos apresentaram respostas positivas na utilização da entrevista motivacional.

Jaeger e Oliveira (2003) utilizaram trabalhos com grupos com intervenção breve, na prática clínica e entrevista motivacional. O modelo proposto inclui quatro encontros em grupo, nos quais se abordam a devolução e resultados de exames, a discussão do estilo de vida, as vantagens e as desvantagens do uso de drogas e o estabelecimento de plano para mudanças. Conclui que a entrevista motivacional pode ser utilizada como instrumento para profissionais da saúde que deparam com a questão da dependência de drogas. Assim, essas opções práticas e teóricas de atendimento não foram observadas, nas instituições pesquisadas.

Duas instituições “citam” a prevenção de recaída e verifica-se a importância dessa prevenção na literatura científica. Segundo Marlatt (1999), para tratar de comportamentos de adictos, desenvolve-se a prevenção de recaída, com experiências em grupos. Essas experiências buscam o treino sistemático de algumas variáveis como identificar e monitorar os pensamentos, crenças distorcidas relacionadas ao uso de drogas e/ ou álcool; identificar e mapear as situações de risco para as recaídas; treinar as estratégias de enfrentamento de situações de risco e buscar modificações no hábito e estilo de vida. Assim, o objetivo da prevenção de recaída é fazer com que o drogadependente fique habilitado para lidar e enfrentar seu comportamento aditivo.

Não foi citada, na pesquisa, nenhuma abordagem psicanalítica e, segundo Seibel (2001), na teoria psicanalítica ou psicodinâmica, a referência não é a droga em si, mas a pessoa. Portanto, enfoca-se a questão da toxicodependência a partir de experiências subjetivas. Logo, o uso de drogas é considerado um sintoma de uma patologia subjacente que deve ser tratada.

Certifica-se que, na grande maioria das instituições pesquisadas, quem escuta são os usuários e quem fala e é escutado é o dirigente. Percebe-se uma inversão, já que a fala deste último é seguida e é evitada a fala do interno, o qual deve apenas obedecer. No entanto, Olivestein (1985) ressalta a importância da escuta para lidar com os toxicodependentes, veículo este terapêutico e, também, o suporte dado para facilitar a verbalização dos sentimentos, as dificuldades, a reflexão para ser substituídas pela atuação. Nota-se, portanto, esta incoerência em relação às instituições pesquisadas.

Bucher (1985) opta pelo modelo psicodinâmico de tratamento, porém assinala que, em alguns casos, há a necessidade do tratamento psiquiátrico e comportamental nas etapas de desintoxicação e adaptação ao contexto terapêutico.

Formigoni (1995) afirma que a mudança de comportamento, do paciente em tratamento

depende muito da motivação. No entanto, essa motivação pode ser afetada pelo seu ambiente externo e pelos seus relacionamentos.

A partir da leitura de Bucher (1985), compreende-se que os tratamentos em dependência de drogas passam por várias limitações, como a diversidade das substâncias consumidas, a heterogeneidade dos dependentes, as dificuldades no próprio tratamento, entre outras. Assim, percebe-se que essa complexidade pontuada pelo campo científico não se discute, significativamente, nas instituições pesquisadas.

Repensando essa gama de intervenções descritas, pontua-se desde a abstinência como única meta a ser alcançada até o gerenciamento de fatores de redução de danos. Nesse campo, acredita-se em diversas estratégias em prol da melhoria da qualidade de vida, da readaptação, da aquisição de novas habilidades e hábitos, da busca de novas construções sociais, afetivas e até mesmo da busca da espiritualidade.

Laranjeira (1996) afirma, em relação aos modelos de tratamento, que uma maior eficácia na assistência aos indivíduos dependentes de drogas é alcançada por programas que oferecem um maior número de opções de tratamento, com diferentes modelos teóricos de atendimento. Segundo OPAS/ CICAD (2000c), é necessário oferecer serviços que atendam aos usuários em seus diferentes estágios bem como oferecer reabilitação psicossocial. Verificam-se poucas opções de atendimento a modelos práticos e teóricos diversificados nas instituições pesquisadas.

Em relação à definição de dependência de drogas, as instituições se voltam para o dependente de substâncias psicoativas. Essa definição cita 70% dos casos como doença, 20% como falta de caráter e 10% como ausência de amor. Verifica-se que, na definição de doença, há algo que o sujeito não tem mais controle, de maneira determinista e fatalista.

A definição da dependência como falta de caráter possibilita a reflexão sobre a moralidade associada a um comportamento desviado, como um desvio de norma, comportamento esse que deve ser disciplinado, “consertado”, alterado para um comportamento socialmente aceito, diferentemente, por exemplo, da definição que a dependência vem da carência de amor. Essa forma de situar a dependência de drogas como doença e como falta de caráter se refere ao modelo cartesiano, que considera a cura voltada para aquilo que está desviante, fora da norma. Nessa visão a doença é equivalente à reparação de uma máquina.

Ressalta-se que duas instituições pesquisadas utilizam o diagnóstico do DSM-IV, sendo que outras que utilizam a definição de doença, ou seja, não se baseiam em critérios de diagnóstico formal. Sabe-se da importância do diagnóstico em dependência de drogas baseado

em critérios científicos.

Diante das entrevistas realizadas, não houve nenhuma citação de dependência química como sintoma. Olivestein (1980) considera o abuso de drogas um sintoma, o qual está implícito e tem um significado, e está representando, entre outras coisas, os eventos dolorosos da vida do toxicômano.

Já Silveira Filho (1995) considera o toxicômano aquele que, sem a droga, não consegue viver, ou seja, que não consegue mudar ou se adaptar diante de uma realidade e de uma subjetividade intolerável. Para o autor, a toxicomania é uma alternativa perante a impotência completa diante de uma realidade insuportável, na qual o sujeito busca uma mudança de percepção dessa realidade por meio da droga.

Para Olivestein (1985), no tratamento de toxicodependente, deve-se evitar o funcionamento mecânico do pensamento e a racionalização dos comportamentos. Pode-se pensar no trabalho a partir de uma prática que tenha em vista uma mudança no psiquismo. E o que se observa, na maioria das instituições, é justamente a padronização de comportamentos a seguir e uma mecanização na maneira de pensar.

Em relação à forma de trabalho, 40% das instituições tem a religião e o trabalho, 30% das instituições têm a disciplina/ a obediência, os doze passos e a terapia individual, 20% das instituições tem a convivência em grupo, a terapia ocupacional, a terapia em grupo, as oficinas, o atendimento psiquiátrico e a orientação familiar e 10% tem a palestra de motivação e o relaxamento.

Observa-se que grande parte das instituições estabelece uma rotina, regida por regras e normas, a qual o indivíduo deve seguir. Verifica-se que, em 20% das instituições, essa realidade é diferente, na qual o indivíduo tem uma maior participação e uma maior responsabilidade no próprio tratamento.

Laranjeira, Alves, Araújo, Baltieri, Bernardo e Castro (2003) afirmam que na assistência em dependência de substâncias psicoativas, indica-se técnicas psicoterápicas, entrevistas motivacionais, intervenção breve, prevenção de recaída e terapia cognitivo comportamental. Porém essas indicações são escassamente realizadas nas instituições pesquisadas.

Percebe-se, também, como instrumento terapêutico, a convivência entre os internos, pois compartilham vivências comuns as quais se estabelecem como uma rede de apoio. Ressalta-se que o tratamento busca resgatar a rotina, baseado num programa diário de atividades, tarefas etc. A instituição visa a ocupação do tempo do interno, fazendo com que

ele evite o pensamento na droga e comportamentos associados ao uso e, assim, mantendo o ex-dependente na produtividade e na participação das atividades e afazeres.

Certifica-se que o modelo existente ao abuso de drogas, na presente pesquisa, a partir de Paixão (1995), é o modelo jurídico- moral, o qual coloca a importância diretamente às substâncias psicoativas. Considera a existência de posições opostas, o certo e o errado, e as medidas adotadas são repressivas e educativas. O dependente é visto como um desviado do comportamento padrão, necessitando ser colocado nas posições sociais aceitáveis. Também se observa o modelo médico, a partir de uma leitura de Paixão (1995), segundo o qual o usuário deve ser tratado, “curado”. A droga e o indivíduo são considerados, respectivamente, agente e hospedeiro. Assim, pressupõe-se que o abuso e a dependência de droga seja determinante biológico. Esse modelo tem como ponto de apoio o desenvolvimento de pesquisas neurobiológicas. Nota-se que se tem como paradigma o modelo de doença e, por meio de um olhar reducionista, elaboram-se prescrições gerais e padronizadas, dificultando a individualização do paciente.

Laranjeira (1996) ressalta que não houve muitos avanços no atendimento à dependência de drogas. Logo, as formas tradicionais de atendimento, como os hospitais psiquiátricos, clínicas, comunidades terapêuticas, ainda predominam em relação às internações mais precoces e às ações comunitárias.

O modelo biológico de doença pressupõe que o consumo de drogas, quanto ao aspecto de abuso e dependência, determina uma doença crônica, progressiva e fatal. Esse modelo é passível de críticas, por basear-se em modelos genéticos controvertidos e totalitários e por não abranger todos os casos (SILVEIRA FILHO, 1996). Ainda com esse autor, pontua-se o modelo sistêmico que relaciona o uso de drogas à interação do indivíduo com o ambiente. Assim, pode-se ter uma maior compreensão da questão das drogas, fato este pouco levantado pelas instituições.

A eficácia, no que se refere à assistência aos usuários de drogas, se dá a partir de programas que ofereçam um maior número de tratamento e com diferentes modelos teóricos de atendimento (LARANJEIRA, 1996). O autor ressalta que não há superioridade, nem excelência entre os modelos existentes, mas sim o tratamento ou intervenção mais adequados para um determinado momento e uma determinada demanda, em questão.

A admissão está ligada a 60% de casos com quadro de dependência química, nas instituições. Contudo, não se segue um critério especializado de diagnóstico para dependência química, pois não há profissionais habilitados para realizar esse diagnóstico. Das instituições pesquisadas, 20% tem profissionais habilitados para realizar um diagnóstico de dependência

química, os quais admitem outros transtornos mentais. Há 20% que admite qualquer pessoa que deseja mudar de vida, tendo como único critério, a intenção da pessoa em sair “da vida que levava”.

Os fatores apontados pelas instituições em relação à adesão ao atendimento são diversos, como interesse ao tratamento, espiritualidade, apoio da família entre outros. Dentre esses fatores, há também aquela instituição que acredita que a adesão está ligada a usuários a partir de trinta anos, outras, após o período de desintoxicação, outras, aquele que assume a dependência química etc. Contudo, são todas relatadas por experiências e pelo empirismo, sem ser baseado em comprovações sistematizadas.

Um fator pontuado ligado à adesão é a respeito de indivíduos a partir de 30 anos que adeririam ao tratamento. A “idade” demonstrou ser importante fator para prever maior adesão ao tratamento, segundo Kleinman (1992, *apud* REZENDE, 1999).

As posições em relação ao tratamento de drogas parecem ser controversas. Há estudos que apontam para a baixa relação entre o grau da dependência e o prognóstico. Verifica-se uma falta de consenso entre estimativas fornecidas por profissionais/ terapeutas e por pacientes sobre o grau da dependência e as possibilidades de recuperação. Contudo, a dificuldade não está no agravamento do dependente de drogas, mas nos fatores contextuais (ANDREATINI; GALDURÓZ e FORMIGONI, 1994). Identifica-se carência de relatos e discussões a respeito dos fatores contextuais e, segundo os entrevistados, há a ênfase da intensidade do uso e do tipo de droga utilizada.

O que se observa é que as instituições não apresentam um trabalho de psicoterapia familiar. O que há é orientação à família e dados informativos do paciente, juntamente com as visitas, sendo que 30% de uma vez por mês, 30% de quinze em quinze dias, 20% de quatro encontros no mês e 20% são encontros uma vez por semana. Não há um trabalho sistematizado com as famílias, fato importante destacado no campo científico.

Vários autores têm ressaltado a importância da família no tratamento de dependente de drogas (MOOS *et al*, 1990). A complexidade do funcionamento familiar dos toxicodependentes e a necessidade de propor uma sistematização neste trabalho são citadas por Silva (2001) e Silva; Formigoni (2000).

Schenker e Minayo (2003) afirmam que as intervenções na família de indivíduos que abusam de drogas são responsáveis pela mudança no paciente, para uma diminuição do uso que está ligado ao funcionamento mais saudável desta família. Assim, a terapia de família passa a ser uma indicação frequente.

Em relação à alta, que diz respeito à capacidade do indivíduo sair do tratamento em abstinência e retomar sua vida, segundo os entrevistados, 70% estão ligadas ao término do programa proposto, ou seja, o indivíduo precisa finalizar esse período para poder receber esse aval da instituição relatando que o indivíduo está pronto para sair. Verifica-se, nesse caso, uma ausência de discussões sobre outros fatores ligados ao processo do tratamento. Indaga-se o que se espera do resultado do tratamento e acredita-se que fica ligado mais à questão da abstinência em relação a outras mudanças /aprendizagens. A maioria discute “alta” como o término do tratamento, com a programação cumprida.

De acordo com Kerr- Corrêa *et. al* (1999), o tratamento na dependência de drogas deve ser visto a partir da natureza crônica, recorrente desses transtornos e não em termos de cura e não cura. Para os autores, na análise da literatura atual, não há como negar a complexidade dos mecanismos de dependência de drogas, além da variação nas abordagens. Além disso, na comparação destes dados, é importante considerar que a maioria dos trabalhos trata de pessoas que abusam e não que são dependentes. O tratamento só vem de uma via, o da instituição. Demonstra como se fosse um padrão igual para todos e o seguimento garante a alta. Não se levanta, nem se discute a participação das pessoas em seu próprio tratamento, ou seja, seu envolvimento, seu interesse, sua responsabilidade diante da própria dependência são pouco relevantes.

Para as instituições, o indivíduo que não cumpre o tratamento proposto tem mais chance de voltar a usar droga e aquele que não permaneceu no atendimento ocorre por falta de vontade e de interesse.

Formigoni (1995) em um estudo de Stahler, em 1993, afirma que a relação entre pacientes que abandonam precocemente o tratamento e aqueles que abandonaram mais tarde é distinta. Contudo, esse autor prefere pontuar em termos de um contínuo de exposição ao programa de tratamento do que analisar somente o fato do indivíduo ter ou não completado o tratamento.

Além da abstinência, como meta primeira a ser alcançada, é possível ter outras metas as quais estão se tornando cada vez mais aceitas, por meio da abordagem de redução de danos. Esse modelo, que não foi citado, busca a compreensão da variabilidade do usuário de droga e pauta na negociação do contrato terapêutico. Contudo, há ainda hoje, muitas resistências a essa abordagem, considerando-a como sem efetividade (STRANG,1992).

Uma pesquisa realizada por Marques; Buscatti e Formigoni (2002) teve o objetivo de estudar o abandono nas diferentes fases do tratamento, o perfil dos pacientes e detectar os fatores preditivos do abandono. Essa pesquisa ressalta que o abandono ao tratamento de

dependência de drogas é menor já que múltiplos recursos são aplicados na fase inicial do tratamento. O suporte social, como a orientação para os familiares, é outro recurso que favorece a adesão. As instituições pesquisadas não apresentam dados sistematizados do número de abandono em relação ao tratamento. Observa-se o não envolvimento/ a não implicação das instituições, entre outros fatores, diante do fenômeno do abandono. Nesse aspecto, argumenta-se, por exemplo, que o usuário saiu do atendimento porque não estava levando a sério e/ ou saiu porque, realmente, não queria parar com o uso, entre outros discursos.

Os resultados do estudo de Marques, Buscatti e Formigoni (2002) demonstram a importância de desmistificar o tratamento. É necessário esclarecer o papel do terapeuta, a responsabilidade da instituição e a responsabilidade do paciente pela própria mudança, assim como introduzir técnicas de prevenção de recaída para possibilitar o aumento de adesão ao tratamento. No entanto, não se observam essas estratégias nas instituições pesquisadas.

Não se pontuam enfaticamente a responsabilidade do usuário em relação a sua dependência. Coincide com os 70% da instituição que define o dependente como alguém que tem uma doença, o qual tem pouco controle.

De maneira geral, 80% do desligamento está ligado à quebra de regras, normas, faltas consecutivas sem aviso, violência e uso de drogas e 20% está ligado à vontade do próprio indivíduo de sair e/ ou várias tentativas de fuga.

Em 100% das instituições pesquisadas, não há um critério padronizado de avaliação de resultados. O que há em 30% das instituições é um acompanhamento do período em que a pessoa entrou e saiu do atendimento, como prontuários, avaliações médicas e psicológicas. Contudo, essa avaliação não é sistematizada e, para se realizar uma avaliação dos serviços de atendimento, devem ser considerados muitos fatores, segundo Formigoni (2001).

Verifica-se, na pesquisa, que não há uma preocupação em avaliar os resultados do atendimento proposto aos usuários dos serviços. Neumann e Formigoni (1992), em relação ao tratamento de toxicodependente, enfatizam que, dependendo do critério de sucesso ou fracasso adotado, as respostas, as conclusões podem ser diferentes. Por meio desses estudos, observa-se cada vez mais a necessidade de conhecer e avaliar os tratamentos em dependência de drogas, pois não é realizada a avaliação da eficácia do atendimento. Nas instituições pesquisadas, não há dados sistematizados em relação à desistência e/ ou abandono do atendimento.

Bucher (1995) concorda com a importância da avaliação da eficácia dos atendimentos ao dependente de drogas, mas adverte para que isso não se torne uma obsessão por estudos

epidemiológicos e quantitativos e nem mesmo estudos para mostrar números e para exibir taxas de indivíduos recuperados.

Sobre a avaliação do tratamento, no estudo sobre abandono no tratamento ambulatorial, Kleinman (1992, *apud* REZENDE, 1999) relata que as desistências, apesar do alto índice, estão dentro do intervalo, considerado “típico”. Dos cento e quarenta e oito participantes do estudo, 42% desistiram antes do 3º encontro e apenas 24% compareceram a seis ou mais sessões. A idade demonstrou ser um importante fator para prever maior adesão à terapia, bem como a ausência de experiência prisional e a presença de menor comprometimento psicológico indicaram tendência de maior permanência em tratamento.

Num estudo qualitativo dos motivos para o abandono de tratamento ambulatorial por dependentes de drogas, realizada na Escola Paulista de Medicina, Pinsky (1995) confirmou os estudos da literatura em que o abandono do tratamento está relacionado ao aumento ou manutenção da gravidade da dependência e às recaídas.

No que diz respeito à avaliação do tratamento, no âmbito da desintoxicação, a qual, geralmente, é prescrita para ser completada em vinte um dia ou até menos, Strang (1992) ressalta que vários estudos têm revelado poucas evidências de efetividade em avaliações após um ano de tratamento. A desintoxicação aparece como pouco efetiva comparada a tratamento de substituição com metadona ou com aquelas de comunidades terapêuticas.

Os entrevistados, mesmo os que são profissionais da área de saúde, não citam nenhum recurso de avaliação do tratamento. Sabe-se que há escalas de avaliação de resultado do tratamento em dependência de drogas e álcool. Segundo Formigoni e Castel (1999), há escalas disponíveis, como a LDQ (*Leeds Dependence Questionnaire*), DrInc (*Drinker Inventory of Consequencies*), ESA (Escala de seguimento Alcoolistas) e ASI (*Addiction Severity Index*). Contudo, é importante salientar que, na avaliação, há vários aspectos que podem ser abordados, como custo/ benefício para os pacientes, para a comunidade, entre outros.

Para discutir sobre avaliação do tratamento em dependência de drogas é necessário, primeiramente, realizar o diagnóstico em dependência de drogas, segundo dados do CID-10 ou DSM-IV TR para ter critérios sistematizados e não fazer uso inadequado de conceitos e de realizar pré-julgamentos e estereótipos. Kerr-Côrrea, *et. al* (1999) cita que há incapacidade dos profissionais em diagnosticar e em identificar precocemente casos de dependência psicoativas. Se 70% entende como doença, a avaliação deveria ser baseada nesse foco e, assim, se indaga sobre a ausência da doença e/ ou seu controle. É um paradoxo, no sentido do

indivíduo ser um toxicômano, sem utilizar droga. Já que se o “tratamento” buscaria a cura, pergunta-se: “o que é cura”?

Observa-se que 50% das instituições entrevistadas têm como tempo previsto de “tratamento” um período de nove a doze meses. Verifica-se a importância dada ao término do tempo proposto pela instituição. Sabe-se, pela literatura, que nem sempre a efetividade do atendimento está ligada ao tempo do tratamento.

Em relação às dificuldades, os entrevistados relatam de maneira diversificada, porém observa-se uma frequência nos relatos em dificuldades financeiras e posteriormente, segue as dificuldades administrativas, familiares e procedimento no tratamento. Em relação à mudança ocorrida ao longo da experiência, os entrevistados citam a necessidade de maior conscientização dos jovens, mudanças pessoais, mudanças sobre a visão de dependência química, ampliação de projetos, diminuição de medicamentos, valorização do trabalho em psicologia, inclusão dos usuários entre outros.

Em relação à promoção de saúde, de maneira geral, está ligada às necessidades mais primárias, como a retomada de uma boa alimentação e do sono; o restabelecimento físico; a adaptação a uma nova rotina e às regras; a abstinência e a desintoxicação. Assim, essas instituições, de alguma maneira, valorizam alguns fatores que promovem saúde para os usuários.

De acordo com Laranjeira (1996), existe uma grande diversidade de questões que estão envolvidas na dependência de drogas. Por haver, também, uma diversidade de população envolvida, isso demonstra a importância de se estabelecer redes de serviço que fossem também diferenciadas e, que de alguma forma, encontrassem ações que, pelo menos, minimizassem os efeitos e conseqüências do uso indevido de drogas. Esse último pode ser verificado pelos serviços de atendimentos a usuários de drogas, nas cidades pesquisadas.

Também identificam-se relatos da importância de apresentar outros focos para o sujeito, outros prazeres que ele desconhece, como a espiritualidade, novas atividades, novos interesses e a convivência em grupo. Há duas instituições que enfocam a implicação do auto-conhecimento e a necessidade de lidar com sentimentos.

Verifica-se que, embora com poucos recursos em várias áreas, as instituições promovem saúde. Segundo Pais Ribeiro (1998), no campo da saúde, surge a busca de alterar o estilo de vida da população, como a mudança de alguns comportamentos: como cuidar da alimentação, deixar de fumar, controlar o *stress*, praticar exercícios físicos, ter meios para recrear e descansar, entre outros. Nesse contexto, salienta-se o conceito importante como a promoção de saúde e estilo de vida. Promoção de saúde, para o autor, é um conceito multidisciplinar o

qual inclui aspectos organizacionais, econômicos, ambientais e, em última análise, a mudança de comportamento ligada à adoção de um estilo de vida mais saudável.

O modelo voltado para a saúde tende a valorizar os aspectos que mais afetam a saúde. Ressalta-se que é um comportamento individual e referente ao meio ambiente. Esse novo paradigma preconiza a responsabilidade pessoal e social e uma orientação da saúde pela visão positiva e ações que contribuem para melhorar o estilo de vida. Bógus (2002) descreve a promoção de saúde como importante estratégia de saúde coletiva na qual se coloca a importância da sustentabilidade das políticas públicas (MOYSÉS, MOYSÉS e KREMPEL, 2004). Fatos esses pouco observados nas políticas públicas.

As instituições promovem saúde, de alguma forma, porém o desenvolvimento da responsabilidade diante da própria vida, escolhas, saúde e doença apresentam-se muitos escassos. A instituição está voltada para o papel de controle social e de colocação de limites.

Observa-se a instituição como uma maneira de regulação de normas e condutas a serem seguidas pelos usuários, ou seja, como uma forma de instituir limites, os quais os usuários “buscam” encontrar. O espaço de diálogo é restrito a questões do grupo. Há uma massificação e há poucas possibilidades de se trabalhar a singularidade.

Bleger (1992) considera que a Instituição não é somente um instrumento de regulação, normatização, controle social ou de saúde, mas também pode ser um espaço que cristaliza valores, crenças que reforcem a resistência a mudanças. Muitas vezes podem se tornar depositárias de sistemas de defesa frente às ansiedades e fontes de alienação. Podemos correlacionar as instituições com o que Goffman (1974) chama de Instituição Total. Essa instituição se refere a um local de trabalho e residência, separadas da sociedade mais ampla, por um período em que o usuário leva uma vida administrada, com a mortificação do “eu”. Assim, o indivíduo não tem espaço para a singularidade, já que se depara com constante vigilância. Para Foucault (1996), há mecanismos disciplinares, controle de todas as atividades, os quais se configuram como um poder, que tem a função de moldar e adestrar.

Os entrevistados relatam diferentes sugestões, mas emergem, de maneira significativa, a necessidade de políticas públicas em relação à dependência de drogas, à mobilização social e ao menor preconceito a essa demanda, bem como ao acolhimento nos serviços oferecidos, ao acréscimo dos Doze Passos nas instituições, ao acréscimo do fator espiritual nos atendimentos entre outros.

## **7. Considerações Finais**

Houve dificuldades no levantamento de dados das instituições, nas cidades pesquisadas, devido à falta de sistematização dos órgãos públicos em relação aos serviços oferecidos em atendimento à drogadependência. Porém, ao contato com as instituições, todas se mostraram disponíveis em participar. Acrescenta-se a necessidade dos entrevistados em falar de suas experiências e esse fato se intensifica, se o entrevistado é ex-dependente.

Nesse estudo, das dez instituições pesquisadas, sete instituições funcionam sem o registro da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e, das seis comunidades terapêuticas, duas são registradas pela Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas. Nota-se que há dificuldades de fiscalização, já que para as que foram registradas pela ANVISA, não há um acompanhamento periódico. Sabe-se, ainda, que há normas para serviços de atendimento a usuários de drogas e para as comunidades terapêuticas, mas que não funcionam na prática. Até o momento presente, nenhuma das três cidades visitadas e nem em Guaratinguetá conta com o serviço do centro de atenção psicossocial para álcool e drogas, CAPSad.

De maneira geral, as instituições se situam em meio rural, e por isso enfocam a importância do contato com a natureza. As instituições que realizam um trabalho com equipe profissional da área de saúde se situam mais nos centros urbanos.

Observou-se que as instituições pesquisadas não recebem apoio das prefeituras e órgãos oficiais e, mesmo com dificuldades financeiras, falta de recursos, seja de profissionais qualificados, seja de estrutura física, elas acolhem essa demanda a partir de seu referencial de dependência química e do que é “tratamento”. Contudo, de certa maneira, promovem saúde, mesmo que sejam cuidados “primários”, como alimentação, higiene, sono e readaptação a uma rotina diária. É possível supor que os usuários de drogas optem e/ ou permaneçam nessas instituições devido à falta de outros recursos, aliadas às dificuldades financeiras.

Verifica-se, nas instituições, um discurso dominante, tradicional, centrado no modelo de abstinência, de controle social e de sua segregação como, simplesmente, doentes, os quais caracterizam uma grande parte das práticas nas instituições, na região estudada. A capacidade de encontrar uma definição entre saúde e doença (o que é normal e o que é anormal) faz com que as instituições sejam, também, determinantes de normas de marginalização e de exclusão de determinados setores.

Em grande parte, os serviços são criados baseados no modelo de internações prolongadas. A internação ficou como quase a única alternativa de tratamento, que é usada para qualquer tipo de caso, sem nenhum critério clínico. A internação é aceitável, pelo

consenso científico, quando o indivíduo não tem condições de realizar tratamento ambulatorial e para o indivíduo debilitado gravemente.

As instituições pesquisadas compreendem a internação como um método de tratamento eficaz para atender os dependentes de drogas e, em geral, não consideram necessidades de avanços e de aprendizagens em outras formas de intervenções. De maneira geral, os entrevistados acreditam que a experiência vivida com as drogas por ser ex-dependentes sejam condições suficientes para executar as suas intervenções.

Observa-se, na região, uma instituição com proposta diferente. A equipe profissional trabalha há um ano e meio, tem como regime o tratamento ambulatorial e atua acerca da inclusão do paciente na sociedade.

Verifica-se que, pela marginalização e por outros fatores relacionados à drogadependência, a maioria das instituições se tornam asilares, nas quais o indivíduo atende suas necessidades básicas, como moradia, alimentação, sono, higiene entre outras.

Predomina, nos participantes deste estudo, a concepção de que o usuário de droga deva entrar para o atendimento na instituição. Assim deve assumir a seguinte posição: “eu sou um dependente de drogas” e sair do atendimento com a mesma posição, porém sem o uso da droga. Admite-se a impossibilidade da cura e, assim, não há outra alternativa, ou seja, não há outro caminho.

Nota-se que os atendimentos realizados pelas instituições dirigidas por para-profissionais conseguem atingir uma boa parte de dependentes de drogas, porém essas instituições não têm uma equipe interdisciplinar e, assim, não há um seguimento sistemático e avaliação objetiva de resultados.

As instituições que se fundamentam, em grupos de auto-ajuda e/ ou de trabalhos de cunho religioso, acreditam na disciplina, na obediência e na fé, como meio de obtenção da abstinência das drogas.

Sugere-se que, apesar das dificuldades encontradas nessas instituições, há indícios de que esses serviços possam beneficiar os usuários de drogas psicoativas. Levanta-se a necessidade de estudos voltados para o perfil de quem mais se beneficiaria com esses serviços.

O descaso em relação ao tratamento em dependência química, a falta de fiscalização dos órgãos oficiais e a falta de recursos estruturais e de profissionais qualificados puderam ser verificados. Foi possível concluir que esse é um padrão de atendimento aos usuários de drogas psicoativas, nas cidades pesquisadas. Levanta-se, como hipótese, que essa realidade, também, se apresenta em outras regiões.

As políticas de saúde pública em dependência de drogas, escassamente organizadas, toleram proliferação indiscriminada de instituições, sem nenhum tipo de controle sistemático por meio dos órgãos competentes. As instituições não cumprem requisitos mínimos para o seu funcionamento. Essa realidade nos faz inferir que a sociedade não “cuida” dessa demanda, pois há pouca inclusão de recursos governamentais nas políticas públicas. Nesse contexto, discute-se a questão da responsabilidade técnica dessas instituições, cuja demanda é complexa. Considera-se, na dependência de drogas, a saúde mais que simplesmente a abstinência.

Verifica-se a necessidade do Estado de fiscalizar e de colocar em prática as regulamentações já existentes. Observa-se a ausência de equipe na área de saúde em algumas instituições pesquisadas, como médicos, psicólogos, enfermeiros, psiquiátricos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros.

É necessário criar, pelas políticas públicas e/ ou por interesse das universidades, da região, centros de pesquisa e de tratamento, para, até mesmo, entre outros fatores, o dependente de substâncias psicoativas ter outras escolhas em relação ao “tratamento”. Indica-se a importância da presença da diversidade de instituições em condições de trabalhar com diferentes populações drogadependentes.

Enfim, a sociedade deveria oferecer condições mínimas e aceitáveis, a partir do campo técnico e científico, de serviços de atendimento a drogadependentes, com o objetivo de, no mínimo, promover cuidados, saúde, bem como de reduzir os prejuízos, riscos e danos causados pelo uso de substâncias psicoativas. Sugere-se uma gama de possibilidades, condições e diversidades de serviços de atendimento à drogadependência, para que o usuário tenha opções de tratamento e de atendimento a diferentes estágios/ etapas de abuso ou dependência de drogas. Dentre essas opções, deveriam estar: desintoxicação, tratamento ambulatorial, internação, psicoterapias individuais, psicoterapia grupal, intervenção com família, programas comunitários, com maior informação à sociedade, programas de auto-ajuda entre outros, já que não há indícios claros de efetividade e de excelência nos tratamentos em dependência de drogas, dada a complexidade deste fenômeno. No entanto, mesmo complexo, continua sendo de responsabilidade dos profissionais e da sociedade para os usuários desses serviços.

## **8. Referências Bibliográficas**

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS PARA EL ABUSO DE SUSTANCIAS Y LA SALUD MENTAL (SAMSHA). Programas especializados *en el tratamiento del abuso de sustancias*. In: **Guía de servicios para el abuso de sustancias para proveedores de atención primária de la salud**. Rockville: NIH; 1999.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). **Informação e documentação**. Disponível em < <http://www.anvisa.gov.br> >. Acesso em: 10/05/05.

ALCOÓLICOS ANÔNIMOS. **A história de alcoólicos anônimos**. Disponível em <<http://www.a.a.com.br>>. Acesso em: 18/05/05.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- **Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais-DSM-IV-TR**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

ANDRADE, L.O.M.D.; BARRETO, I.C.H.C. Promoção da saúde e cidades/municípios saudáveis: propostas de articulação entre saúde e ambiente, p. 151-171. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

ANDREATINI, R.; GALDURÓZ, J.C.F.; FORMIGONI, M.L.O.S. Estudo da influência dos níveis de dependência e consumo na resposta ao tratamento de dependentes de álcool. **Revista ABP- APAL**, v.16, p. 25-29, 1994.

ARAÚJO, R.B.; GIMENO, L.S.D.; MELLO, R.M.; RUSCHEL, E.B.; BENEVIDES, L.S.; NICHETTI, R.C. Repercussões do fechamento da Unidade de desintoxicação do hospital psiquiátrico São Pedro. **Rev. Psiquiatria. Rio Grande Sul**, v.25, n.2. Porto Alegre, agost. 2003.

BANDEIRA, M.; LESSAGE, A.; MOEISSETE, R. Desinstitucionalização: a importância da infra-estrutura comunitária da saúde mental. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.43, n.12, 1994.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BAUDELAIRE, C. **Os Paraísos artificiais**. Porto Alegre: L & P.M Editores, LTDA, 1982.

BERGERET, J. **Psicologia patológica: teórica e clínica**. São Paulo: Masson, 1983.

BETTARELLO, S.V. Psicodinâmica. In: FORTES, J.R.A; CARDO, W.N. **Alcoolismo: diagnóstico e tratamento**. São Paulo: Darvier, cap. 31, p.286-9, 1991.

BIRMAN, J. **Mal estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.8, 1999.

BISHOP, G.D. **Health Psychology: integrating mind and body**. Boston: Allyn and Bacon, 1994.

BLEGER, J. **Psico-Higiene e psicologia institucional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

BLEGER, J. **Temas de Psicologia**: Entrevista e Grupos. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

BLEGER, J. **Grupos e Entrevistas**. Belo Horizonte: Interlivros, 1979.

BÓGUS, C.M. A promoção da saúde e a pesquisa avaliativa, p. 49-53. In: VILLELA, W.; KALCKMANN, S.; PESSOTO, U.C. **Investigar para o SUS**: construindo linhas de pesquisa. Instituto de Saúde, São Paulo, 2002.

BORINI, P.; GUIMARÃES, R.C. Usuários de drogas ilícitas internados em hospital psiquiátrico: padrões de uso e aspectos demográficos e epidemiológicos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.52, n.3, p.171-179, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992. Brasília: **Diário Oficial da União**, 30 jan, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Leis e Decretos**. Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, Brasília. (1990).

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 336 de 19 fevereiro de 2002. Brasília: **Diário Oficial da União**, 19 de fevereiro. 2002(a).

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 816 de 30 de abril de 2002. Brasília: **Diário Oficial da União**, 30 de abril. 2002(b).

BRASIL, Ministério da Saúde/ Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 817 de 30 de abril de 2002. Brasília: **Diário Oficial da União**, 30 de abril. 2002(c).

BRASIL, Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria nº 305 de 03 de maio de 2002. Brasília: **Diário Oficial da União**, 03 de maio de 2002(d).

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Ministério da Saúde. Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Exigências mínimas para funcionamento de serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso de substâncias psicoativas**. Brasília: SENAD/ ANVISA, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde (Secretaria de políticas de Saúde/ Coordenação Nacional de DST e AIDS) **A política do Ministério de Saúde integral a usuários de drogas e outras drogas**. Brasília, p.1-54, 2003.

BUCHER, R.E.; COSTA, P.F. A abordagem terapêutica do toxicômano. **Acta Psiquiatria.Psicol.Amér.Lat.**, v.31, n.2, p.113-130, 1985.

BUCHER, R. O Cordato: concepção geral e funcionamento. In: **ENCONTRO DE CENTROS BRASILEIROS DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE DROGAS**, EPM-AFIP, São Paulo, p.99-114, 1989.

BUCHER, R.; FARES, A.T.; PELEGRINI, R.; OLIVEIRA, R.M.; CARMO, R.A. A

Avaliação qualitativa dos atendimentos a usuários de drogas. **Revista ABP-APAL** v.17, n.2, p. 75-86, 1995.

BUCHER, R. **Drogas e sociedade nos tempos da AIDS**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 1996.

BUCHER, R. As drogas e as ideologias de prevenção. In: INEM, C.L.; ACSELRAD, G. (Orgs.) **Drogas: Uma visão contemporânea**. Rio de Janeiro: Imago, p.31-42, 1993.

CARLINI, B. Apresentação à edição brasileira. In: MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, IX- XII, 1999.

CARLINI, E.A. Redução de danos: uma visão internacional. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.52, n.5, p.335-339, 2003.

CARLINI, E.A.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, S.A. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID:UNIFESP, 2002.

CARROL, K. M., ROUNSAVILLE, B.J. *Bridging the gap: a hybrid model to link efficacy and effectiveness research in substance abuse treatment*. **Psychiatric Services**, v. 54, n.3, p.339-339, 2003.

CARTA DE OTTAWA, 1986. In: BUSS, P. *et al. Promoción de La Salud Y La Salud Pública: Uma Contribución para debate entre las escuelas de salud de América Latina y*, 2000.

CASTEL, S.; FORMIGONI, M.L.O.S. Escalas para avaliação de tratamentos de dependência de álcool e outras drogas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Edição especial, v.26, n.1, p. 32-37, 1999.

COHN, A.; ELIAS, P.E.M. **Saúde no Brasil: Políticas e Organização de serviços**. 3ª ed. São Paulo: Cortez:CEDEC, 1999.

CROUCHER, R. *Process evaluation measures - are they worth it?* p. 20-23. In: DALY, B.; WATT, R.G. **Designing and evaluating effective oral health promotion**. Licensing Agency, Londres, 1998.

CRUZ, M.S.; SILVA FILHO, J.F.A formação de profissionais para a assistência de usuários de drogas e a constituição de um novo *habitus* de cuidado. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.54, n.2, p.120-126, 2005.

DANNA, M. F., MATOS, M. A. **Ensinando observação: uma introdução**. 2. ed. São Paulo: Edicon, 1986.

DEL PORTO, J.A., MASUR, J. Influência de fatores extrafarmacológicos sobre os efeitos de drogas psicotrópicas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.33, n.4 jul/agos, p.261-266, 1984.

DIJK, W.K. *Vicious circle in alcoholism and drug dependence*. In: GLATT, M.M. ***Drug dependence Lancaster MTP***.cap.3, p.97-104, 1977.

EDWARDS, G.; DARE,C. **Psicoterapia e tratamento de adições**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

EIA ASEN, K. Avanços na terapia de famílias e de casais. In: EDWARDS, G.; DARE, C. **Psicoterapia e tratamento de adições**. Porto Alegre:Artes Médicas, p. 102-113, 1997.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE COMUNIDADES TERAPÊUTICAS (FEBRACT). **Informações gerais**. Disponível em < <http://www.FEBRACT.org.br>>. Acesso em: 27/05/05.

FIGLIE, N.B.; PILLON, S.C.; LARANJEIRA, R.R.; DUNN, J. Orientação familiar para dependentes químicos: perfil, expectativas e estratégias. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.48, n.10, p.471-78, 1999.

FIGLIE, N.B.; PAYÁ, R.; KRULIKOWSKI, P.F.P.; LARANJEIRA, R.R. Intervenção breve em familiares de dependentes químicos: Resultados de um estudo de seguimento de 30 meses. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.51, n.5, p.327 -333. Rio de Janeiro, 2002.

FORMIGONI, M.L.S.; NEUMANN, B.R.G. Comparação da efetividade do tratamento de dependentes de álcool e outras drogas pelas técnicas de intervenção breve e psicoterapia de grupo. In: FORMIGONI, M.L.S. (Ed.). **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto, p.119-141, 1992.

FORMIGONI, M.L.O.S. Seguimento de avaliação. In: FORMIGONI, M.L.O.S.A **intervenção breve no dependente de drogas**. São Paulo: Contexto, p.108-118, 1992.

FORMIGONI, M.L.O.S.; NEUMANN, B. *Treatment of drug and alcohol dependents through brief intervention: the first brasilian experience*. In: MONTEIRO, M.G. and INCARDI, J.A (eds.) **Brasil-United States Binational Research**, p.85- 105, 1993.

FORMIGONI, M.L.O.S. Organização e avaliação de serviços de tratamento a usuários de drogas. In: Seibel, S.D.; Toscano Junior, A. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

FORMIGONI, M.L.O.S. (Org.). **A intervenção breve na dependência de drogas**. EPM. AFIP. São Paulo, 1992.

FORMIGONI, M.L.O.S.; SILVA, E.A.; FERRI, C.P. Situações de recaída em pacientes dependentes de álcool e outras drogas durante o tratamento: um estudo preliminar. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.44, p.311-5, 1995.

FOULCAULT, M. **Vigiar e Punir**:história da violência nas prisões. 13 ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

FRISCHER, M.; BLOO, M.; GOLDBERG, D.; CLARK, J.; GREEN, S.; MCKEGANEY, N. *Mortality among injecting drug users: a critical reappraisal*. **Journal of Epidemiology Community Health**, 47: 59-63, 1993.

GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Avaliação clínica e tratamento da dependência de drogas. In: PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; VALLE, J.R.(Org.) **Atualização terapêutica**. Porto Alegre: Artes Médicas, p.1184- 88, 1993.

GOFFMAN, E. **Manicômios, Prisões e Conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1988.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Cidades do estado de São Paulo**. Disponível em <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em 25/09/ 05.

JAEGGER, A.; OLIVEIRA, M.S. Entrevista motivacional em grupos: uma proposta terapêutica breve para o tratamento de dependência química. **Boletim de Psicologia**, v. LIII, n. 118, p.25-34, 2003.

JONES, M. **A comunidade terapêutica**. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, p.89, 1972.

JUNAAB. Junta de Serviços Gerais de Alcoólicos Anônimos do Brasil. **Manual de Serviços Gerais**: refletindo as ações. São Paulo, 2001.

KERR-CÔRRÊA, F.; LIMA, M.E.C.; DALBEN, I.; HEGEDUS, A.M. A importância da gravidade da dependência e do gênero para a evolução de dependentes de drogas. **Revista ABEAD**, São Paulo. Ano 2. n.1,junho, 1999.

KLEINMAN, P.H.; KANG, S. Y.; WOODY, G.E.; KEMP, J.; MILLMAN, R.B. *Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. Am. J.drug. alcohol abuse*, v.18, n.1, p.29-43, 1992. In: REZENDE, M. M. **Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de saúde mental**. Campinas, 1999.(Tese de Doutorado- Universidade Estadual de Campinas) .

KURTZ, E. **Not God: A History of Alcoholics Anonymous**, Hazelden Foundation, 1979.

LARANJEIRA, R. Bases para uma política de tratamentos dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.45, n.4, p. 191-199, 1996.

LARANJEIRA, R.; ALMEIDA, R.A.M.; JUNGGERMAN, F.S. Grupos de motivação: estudo descritivo de um atendimento para dependentes de drogas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.3, p.61- 68, 2000.

LARANJEIRA, R.; ALVES, H.N.P.; ARAÚJO, M.R.; BALTIERI, D.A.; BERNARDO, W.M.; CASTRO, L.A.G.P. **Usuários de substâncias psicoativas:abordagem, diagnóstico e tratamento** [apostilado]. São Paulo: Conselho Regional de Medicina de São Paulo/ Associação Médica Brasileira; 2003. 120p.

LEITE, M.C.; CABRAL, A.J. Promoção da abstinência. In: LEITE, M.C.; ANDRADE, A.G. **Cocaína e Crack**: dos fundamentos ao tratamento. Porto Alegre: Arte Médicas Sul, p.239-253, 1999.

MACDONALD, G.; VEEN, C.; TONES, K. *Evidence for success in health promotion: suggestions for improvement. Health Education Research*, v.11, n.3, p.367-376, 1996.

MACHADO, P.P.P.; KLEIN, J. M. Monitorização dos resultados terapêuticos no contexto de tratamento das toxicodependências. Centro de Investigação em Psicologia – Universidade do Minho, Portugal. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v.1, p.19 -29, 2005.

MADDOX, J.F.; DESMOND, D.P. *Careers of opioid users*. New York: Praeger, 1981.

MARQUES, A.C.P.R.; BUSCATTI, D.; FORMIGONI, M.L.O.S. O abandono no tratamento da dependência de álcool e outras drogas: como diminuir este fenômeno? **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v.3, n.1, p.17-23, 2002.

MARQUES, A.C.P.R. **Comparação da efetividade da terapia comportamental cognitiva breve individual e em grupo no tratamento de dependentes de álcool ou outras drogas**. Tese de Doutorado - Escola Paulista de Medicina- Universidade Federal de São Paulo, 1997.

MARLATT, G.A. **Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamento de alto risco**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1999.

MALO, M. **Promoção de Proteção à saúde** (2002). Disponível em <<http://www.opas.org.br/projeto>>. Acesso em 26 /07/ 04.

MELLO, C.O.; PECHANISKY, F.; INCIARDI, J.A.; SURRAT, H. A Comunidade terapêutica como modalidade de tratamento para dependentes químicos: relato de uma observação participante. **Revista HCPA**, v.19, n.1, 1999.

MESQUITA, F.C.; BASTOS, F.I.(Orgs). **Drogas e AIDS: estratégias de redução de danos**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MILBY, J.B. **A dependência de drogas e seu tratamento**. São Paulo: Pioneira EDUSP, 1988.

MOOS, R.; FINNEY, J.; CRONKITE, R. *Alcoholism treatment: context, process and outcome*. New York: Oxford University Press, 1990.

MOYSÉS, S.J., MOYSÉS, S.T., KREMPEL, M.C. Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. **Ciência. Saúde Coletiva**, v.9, n.3, Rio de Janeiro jul./set, 2004.

NATIONAL INSTITUTE ON ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (NIAAA). *Drinking in the United States: main finds from the 1992 National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) Bethesda: NIH, 1998. Available from: URL: <<http://www.niaaa.nih.gov/publications/Nlaesdrm.pdf>>. Acesso em: 05/06/05.*

NERY FILHO, A.; OLIVEIRA, A.J.M.M.P.; FARIAS, A.M.N.; LIMA, C.T.S.; TAVARES, L.A.L.; COSTA, M.H.P.; ARAÚJO, M.A.; BARBOSA, M.M.; CARRERA, S.M.O. A experiência da Bahia- 1995-1988. IN: **ENCONTRO DE CENTROS BRASILEIROS DE TRATAMENTO DE DEPENDÊNCIA DE DROGAS**. Centro de Estudos e Terapia do abuso de Cocaína (Ed.). São Paulo: CETAD, p.39-64, 1989.

NEUMANN, B.R.G. Avaliação crítica da primeira experiência de aplicação da intervenção breve no Brasil. In: FORMIGONI, M.L.S. (Cord). **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira**. São Paulo: Contexto, p.119- 141,1992.

NOGUEIRA FILHO, D. M. **Toxicomanias**. São Paulo: Escuta, 1999.

NOTO, A.R.; MOURA, Y.G.; NAPPO, S.; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A. Interações por transtornos mentais e de comportamento decorrentes de substâncias psicoativas: um estudo epidemiológico nacional do período de 1988 a 1999. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.51, n.2, p.113-121, 2002.

NOTO, A.R.; CARLINI, E.A. Interações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos- 1987-1993. **Revista ABP-APAL**, v.17, n.3, p.107-114, 1995.

NOTO, A.R. O uso de drogas psicotrópicas no Brasil: última década e tendências. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, ano 23, v.23. n.1. jan./fev, 1999.

NUTBEAM, D. *Evaluating health promotion: progress, problems and solutions*. In *WHO. New Players for a New Era – Leading health promotion into the 21st century, Jakarta, 1997: review and evaluation of health promotion*. WHO, Genebra, p.9-51, 1998.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi edts, 1999.

OLIEVESTEIN, C. **A droga: drogas e toxicômanos**. São Paulo: Editora Brasiliense, 1980.

OLIEVESTEIN, C. **Destino do toxicômano**. São Paulo: Almed, 1985.

OLIVEIRA JUNIOR, H.P.; MALBERGIER, A. *Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service*. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.25, n.1, p.5-10, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (O.M.S.).**Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde: CID -10**. Centro colaborador da OMS para a classificação em português.2ed. São Paulo: Edusp, 1995.

ORGANIZAÇÃO PAN -AMERICANA (OPAS). Divisão de Promoção e Proteção da Saúde. **Municípios e comunidades saudáveis. Guia dos prefeitos para promover qualidade de vida**. OPAS, W.K. Kellogg Foundation, Brasília, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); COMISSÃO INTERAMERICANA PARA O CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS (CICAD). *El tratamiento de los problemas relacionados con la dependencia de las drogas*. In: OPAS ; CICAD. **La dependencia de las drogas y su tratamiento – guía y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas**. OPAS/CICAD; 2000a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); COMISSÃO INTERAMERICANA PARA O CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS (CICAD). *El modelo ideal de atención – normas minimas*. In: OPAS; CICAD. **La dependencia de las**

***drogas y su tratamiento*** – guía y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD; 2000b.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS); COMISSÃO INTERAMERICANA PARA O CONTROLE DO ABUSO DE DROGAS (CICAD). *Desarrollo de un programa de evaluación de la calidad de atención en el tratamiento de la dependencia de las drogas. In: OPAS; CICAD. La dependencia de las drogas y su tratamiento* – guía y criterios básicos para el desarrollo de programas de evaluación de la calidad y normas para la atención de la dependencia de drogas. OPAS/CICAD; 2000c.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)-2004. **Promoção e Atenção à Saúde:** reorientação das práticas e serviços de saúde. Disponível em <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em 13/10/04.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS)-2005. **Definição de saúde pela Organização Mundial de Saúde.** Disponível em <<http://www.opas.org.br/>>. Acesso em 10/03/05.

OSINAGA, V.L.M.; FUREGATO, A.R.F. Usuários de álcool e drogas opinam sobre o doente, a família e a assistência recebida nas instituições psiquiátricas. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 53, n.2, p. 81-89, 2004.

OSÓRIO, L.C. **Grupos:** Teorias e Práticas. Acessando a Era da Grupalidade. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PAIS RIBEIRO, J.L. **Psicologia e Saúde.** Lisboa: ISPA, 1998.

PAIXÃO, R. **Agorafobia e delinquência na adolescência.** Coimbra, 1995 (Tese de doutorado-Universidade de Coimbra) Plano Municipal de Saúde Mental de São José dos Campos- Comitê Intersetorial e comissão de saúde mental. Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação e Desenvolvimento Social, 1994.

PARREIRA, C.M.S.F. **Contribuições da Psicologia para a constituição de novos campos de práticas em promoção de saúde.** (Tese de doutorado pela Universidade de Brasília). Instituto de Psicologia, Brasília, 2005.

PESSINI, L. Drogas: O holocausto silencioso. **O Mundo da Saúde.** São Paulo, v.23.n.1, p.3-4, jan./fev., 1999.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo Grupal.** 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PINSKY, I.; SILVA, E.A.; MARQUES, A.C.; FORMIGONI, M.L.O.S. Abandono de tratamento por dependentes de álcool e drogas: um estudo qualitativo dos motivos. **Revista ABP-APAL**, v.17, n.4, p.150-154, 1995.

PROJECT MATCH. *Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. Alcoholism: clinical and experimental research*, v.17, p.1130-1145, 1993.

REIS, N.C.; VIANNA, M. B. Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. **Ciência Saúde Coletiva**, v.9, n.3, Rio de Janeiro, July/Set, 2004.

RESENDE, G.L.O.; AMARAL, U.L.A.R.; BNADEIRA, M.; GOMIDE, A.T.S.; ANDRADE, E.M.R. Análise da prontidão para o tratamento em alcoolistas em um centro de tratamento. **Revista Psiquiatria Clínica**, v.32, n.4, p.211-217, 2005.

REZENDE, M.M. Abordagem familiar no tratamento de toxicodependentes: aspectos esquemáticos de uma modalidade de atendimento. **Psicólogo InFormação**, ano 5, n.5, jan./dez. 2001.

RIGOTTO, S.D.; GOMES, W.B. Contextos de abstinência e de recuperação da dependência química. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.18.n.1, p.95-106, jan./abr. 2002.

RIBEIRO, M. Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, supl.1, São Paulo, maio, 2004- UNIAD- UNIFESP.

SCHENKER, M.; MINAYO, M.C.S. A implicação da família no uso abusivo de drogas: uma revisão crítica. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.8, n.1, p. 299-306, 2003.

SEIBEL, S. D. **Dependência de drogas**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SILVA, E.A. Abordagens familiares. **Jornal Brasileiro de Dependência Química**, v.2, supl. 1, p. 21-4, 2001.

SILVA, E.A.; FORMIGONI, M.L.O.S. Escala de avaliação do funcionamento familiar em farmacodependência. In: GOREISTEIN, C.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. **Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia**, São Paulo: Lemos, p.303-311, 2000.

SILVA, J.A.; GARCIA, M.L.T. Comunidades Terapêuticas religiosas de tratamento de dependência química no Estado do Espírito Santo. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.53, n.4, p. 243-52, 2004.

SILVA, C.J.; SERRA, A. M. Terapias Cognitiva e Cognitivo Comportamental em dependência química. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26 supl.1. São Paulo, maio, 2004.

SILVEIRA FILHO, D.X. **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995.

SILVEIRA FILHO, D.X. Alguns aspectos psicodinâmicos no tratamento da toxicomania. **Boletim de Psiquiatria**, v.19, n.1/2, p.1-36, São Paulo, jan/dez, 1996.

STRANG, J. *The fifth Thomas James Oje Memorial lecture: research and practice: the necessary symbiosis*. **Br. J. Addict.**, v.87, n.7, p.967-986, 1992.

TANCREDI, F.B.; BARRIOS, S.R.L.; FERREIRA, J.H.G. **Planejamento em Saúde**. São Paulo: IDS-USP-Itaú; 1998. Disponível em: <[http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed\\_02/index.html](http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed_02/index.html)>. Acesso dia: 08/08/05.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DRUG CONTROL AND CRIME PREVENTION(UNODCCP). *World drug report 2000. New York: Oxford Press, 2000.* Available from: <<http://www.undcp.org/world>>. Acesso dia: 05/07/05.

VAILLANT, G.E. As adições ao longo da vida: implicações terapêuticas. In: EDWARDS, G e DARE, C (Orgs). **Psicoterapia e tratamento de adições**. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 5-18, 1997.

VASCONCELOS, E.M. **Saúde mental e serviço social**. São Paulo: Cortez Editora; 2000.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Promotion Evaluation: recommendations to policymakers. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 1998a.*

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Forum: Improving health through schools. Promotion e Education.* v .57-63, 1998b.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Tobacco Free Initiative. Tobacco control country profiles.* Geneva: WHO, 2000. Available from: URL: <<http://www5.who.int/tobacco/page.cfm?sid=57#European>>. Acesso em: 03/06/05.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Substance Abuse. Geneva:WHO, 2003.* Disponível em: <[http://www.who.int/substance\\_abuse/more.html](http://www.who.int/substance_abuse/more.html)>. Acesso dia 10/10/04.

ZIMERMAN, D. E.; OSÓRIO, L. C. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ZUSMAN, J.A. Hospitalização parcial no Brasil: em busca de uma identidade. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.44, n.2, 1995.

## ANEXO A - Roteiro de Entrevista

Instituição de Atendimento a Toxicodependência

Responsável/ Dirigente:

Idade:

Tempo de Atividade:

Escolaridade:

Estado Civil:

Profissão:

Formação em Dependência Química:

Tempo da Instituição:

### Parte 1

1- Histórico da instituição.

2- Fale-me de sua experiência nesta instituição de atendimento em dependência de drogas.

### Parte 2

1- O que você entende por dependência de drogas?

2- Como é realizado o “tratamento” nesta instituição?

3- Quais são os critérios de admissão, adesão, alta e desligamento?

4- Há avaliação de resultados do método de trabalho na instituição? Como é feita a avaliação dos resultados do “tratamento” ?

5- Há alguma dificuldade encontrada aqui? Qual (is)?

6- Houve alguma mudança, ao longo do tempo, em você e/ ou na instituição? Qual(is)?

7- Há aspectos do tratamento que tem demonstrado promover saúde? Qual (is)?

8- Sugere algo ou mudaria algo?

## **ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa**

**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP**

Título do Projeto de Pesquisa: Centros de tratamento em dependência de drogas e promoção de saúde

Pesquisador Responsável: Cláudia Fabiana de Jesus

Curso/Faculdade: Pós-graduação em Psicologia da Saúde

O Comitê de Ética em Pesquisa reunido em 25/11/04 deliberou o quanto se segue sobre o protocolo em questão:

O projeto de pesquisa pretende descrever e analisar qualitativamente os vários métodos de tratamentos utilizados pelos centros de tratamento em dependência de drogas e visa também estabelecer a contribuição destes centros para a promoção da saúde para seus pacientes. O protocolo está aprovado de acordo com as exigências éticas contidas na Resolução CNS 196/96, do Conselho Nacional de Saúde. **APROVADO.**

A partir desta discussão o CEP-UMESP considera o protocolo de pesquisa aprovado.

O CEP-UMESP lembra que a condição de aprovação exige o quanto se segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais);
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa.

São Bernardo do Campo, 25 de novembro de 2004.

  
**Prof. Dr. Sávio Carlos Desah Scopinho**  
Coordenador do CEP-UMESP

Campus Rudge Ramos  
Rua do Sacramento, 230, Rudge Ramos  
09640-000 • São Bernardo do Campo • SP  
Tel.: (11) 4366-5600

Campus Vergueiro  
Av. Senador Vergueiro, 1301, Jardim do Mar  
09750-001 • São Bernardo do Campo • SP  
Tel.: (11) 4366-5400

Campus Planalto  
Rua Dom Jaime de Barros Câmara, 1000 • Planalto  
09895-400 • São Bernardo do Campo • SP  
Tel.: (11) 4366-5300

[www.metodista.br](http://www.metodista.br)

**OAUDIOLOGIA**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

AN  
EX  
O C  
-  
Ter  
mo  
de  
Con  
sent  
ime  
nto  
Liv  
re e  
Escl  
areci  
do

UNI  
VER  
SID  
ADE  
MET  
ODI  
STA  
DE  
SÃO  
PAU  
LO  
FAC  
ULD  
ADE  
DE  
PSI  
COL  
OGI  
A E  
FON

Eu, \_\_\_\_\_, consinto em participar do estudo  
DISSERTAÇÃO DE MESTRADO - **INSTITUIÇÕES DE ATENDIMENTO A  
TOXICODEPENDENTES: EXPERIÊNCIAS NO VALE DO PARAÍBA**, que tem como  
objetivo levantar, descrever, analisar o método de tratamento utilizado pelas  
Instituições de atendimento em dependência de drogas.

Fui informado que será utilizado para a coleta de dados a observação e entrevistas,  
e que este estudo tem caráter acadêmico e será coordenado pelo **Dr. Manuel  
Morgado Rezende**, Professor da Universidade Metodista de São Paulo. Declaro,  
ainda, ter compreendido que não sofrerei nenhum tipo de prejuízo de ordem  
psicológica ou física e que minha privacidade será preservada. Concordo que os  
dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido  
o sigilo sobre minha participação. Estou também ciente de que poderei, a qualquer  
momento, comunicar minha desistência em participar do estudo.

São Bernardo do Campo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2005.

Nome \_\_\_\_\_

RG:

Prof. Dr. Manuel Morgado Rezende \_\_\_\_\_

Cláudia Fabiana de Jesus \_\_\_\_\_

**ANEXO D - Entrevistas com os Dirigentes das Instituições**

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)