

IDÉIAS, DEBATES E ENSAIOS

## Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo

Ronaldo Laranjeira, Ph.D.<sup>1</sup>

### Resumo

O uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas vêm recebendo nos últimos anos uma atenção muito grande por vários setores da comunidade no Estado de São Paulo. Apesar de ser um problema que está entre nós há muito tempo não podemos dizer que a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo tenha uma política organizada e consistente que possa enfrentar a complexidade das situações envolvidas com o abuso de álcool e drogas. Os objetivos deste documento são: 1) apresentar algumas informações que possam ajudar a quantificar a real dimensão do problema álcool e drogas no Estado de São Paulo e; 2) propor as linhas gerais de uma política específica para organizar o futuro desenvolvimento de uma rede de tratamento.

Na apresentação da quantificação do problema do tratamento dos problemas relacionados com o uso de álcool e drogas uma primeira questão a ser respondida é sobre o que deveria ser tratado. Uma análise dos dados já publicados mostra que esses problemas já foram identificados em inúmeras situações (população geral, enfermarias e ambulatórios gerais, enfermarias psiquiátricas, clínicas de usuários de drogas, meninos e meninas de rua, estudantes de escolas públicas, e Empresas). Na proposta de uma política de organização de serviços é discutido em primeiro lugar a diferença entre intervenção e tratamento e em seguida os modelos teóricos no tratamento das dependências. Na parte final é discutido as formas de organizar o sistema de tratamento, reconhecendo a existência de uma política informal existente, e o custo de uma falta de política formal e consistente. Propõe-se a criação de Unidades Comunitárias de Álcool e Drogas (UCAD) como uma forma de viabilizar uma política de tratamento de álcool e drogas no Estado de São Paulo.

Unitermos: álcool; drogas; políticas; saúde pública; organização de serviços

<sup>1</sup>Coordenador da UNLAD, Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas, Escola Paulista de Medicina - UNIFESP

O uso e abuso de drogas lícitas e ilícitas vêm recebendo nos últimos anos uma atenção muito grande por vários setores da comunidade no Estado de São Paulo. Apesar de ser um problema que está entre nós há muito tempo não podemos dizer que a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo tenha uma política organizada e consistente que possa enfrentar a complexidade das situações envolvidas com o abuso de álcool e drogas. Existe um grande número de fatores, além do tratamento propriamente dito, que exerce influência significativa no número de usuários de álcool e outras drogas em uma comunidade. Por exemplo, a Organização Mundial de Saúde (Edwards e col.<sup>(1)</sup>), no caso de álcool, tem demonstrado que atividades como: maior taxaço no preço das bebidas (principalmente naquelas com maior conteúdo alcoólico), diminuição da disponibilidade social da bebida, proibição da propaganda, etc. têm uma influência muito maior do que qualquer outro fator na diminuição do número de pessoas dependentes do álcool numa comunidade. Portanto, uma política de álcool e drogas jamais será completa sem propostas que tentem um controle social do acesso, pelo menos, às drogas lícitas como o álcool. Deveremos tratar desses fatores em um outro documento futuro. Os objetivos deste documento são: 1) apresentar algumas informações que possam ajudar a quantificar a real dimensão do problema álcool e drogas no Estado de São Paulo e; 2) propor as linhas gerais de uma política específica para organizar o futuro desenvolvimento de uma rede de tratamento.

### O que deveria ser tratado?

Houve uma evolução muito grande da literatura internacional na área de dependência de drogas nos últimos 20 anos. No passado, o foco da atenção das pesquisas que visavam demonstrar a dimensão do problema álcool e drogas em uma comunidade detinha-se no número de

pacientes que buscavam tratamento. Progressivamente, foi-se notando que existia um número muito maior de usuários de álcool e outras drogas que não estavam em contato com os serviços mas que apresentavam algum tipo de problema relacionado ao uso dessas substâncias. Muitos autores chegaram inclusive a demonstrar que o maior custo social ocorria exatamente nas pessoas que não buscavam tratamento. Estes achados ampliaram em muito aquilo que costumava-se chamar de problemas relacionados ao uso e abuso de álcool e drogas.

Esses estudos também mostraram a grande diversidade de problemas e de pessoas envolvidas com o abuso de álcool e drogas, levando a pelo menos duas importantes conseqüências na organização dos serviços nesta área. Em primeiro lugar, o abuso de álcool e drogas deixou de ser um problema de um número restrito de pacientes procurando ajuda na rede de atendimento e passou a ser um problema de saúde pública da maior importância. Em segundo lugar esta diversidade de populações atingidas pelo problema mostrou a importância de se organizar uma rede de serviços que fosse diversificada e que pudesse, de uma forma efetiva, encontrar ações que pelo menos minimizassem as conseqüências do uso de álcool e drogas dessas pessoas na comunidade.

No Estado de São Paulo a situação não é diferente, e podemos dizer que as inúmeras pesquisas feitas no nosso meio nos últimos anos apontam para essa mesma direção de diversidade das populações atingidas por esse problema. Vários tipos de populações já foram estudadas no nosso meio e mostraram o quão diversificado o nosso problema de álcool e drogas é. Abaixo apresentaremos uma seleção desses estudos com o intuito de mostrar os dados em que uma política de álcool e drogas deve se basear e os desafios que esta política deverá enfrentar. Esta pequena revisão não tem o intuito de apresentar todos os estudos científicos já publicados em relação à população paulista. Os critérios adotados para a inclusão do estudo basearam, principalmente, no rigor metodológico dos dados e no fato de ter sido publicado em revista científica.

A essência do argumento a ser apresentado é que existe uma grande diversidade de populações atingidas por diferentes problemas relacionados ao uso de álcool e outras drogas e que, portanto, deve-se buscar uma política que seja diversificada e flexível e que possa contemplar pelo menos uma parte desses problemas.

### **População geral**

Não existe estudo detalhado do padrão de consumo de álcool e drogas na população geral do Estado de São Paulo, mas existem vários estudos de prevalência de abuso de álcool e alcoolismo nesta população (Monteiro e col., 1991; Rego e col.<sup>(2)</sup>; Almeida e col.<sup>(3)</sup>). Esses e outros estudos usaram vários tipos de amostragem da população geral bem como questionários e critérios diagnósticos diferentes. No entanto, os dados têm sido consistentes em vários aspectos: 1) é maior o consumo de álcool na população masculina e o diagnóstico de abuso de álcool seria de cerca de 12-15% neste grupo; 2) A maior parte dessas pessoas não buscam tratamento; 3) as mulheres bebem menos, com prevalência de diagnóstico de abuso em torno

de 3-5%, com alguma evidência mostrando aumento deste número. Esses dados são muito parecidos com a literatura internacional, com uma tendência de apresentar uma prevalência ligeiramente superior. Deve-se ressaltar, todavia, que nem sempre a metodologia usada em nosso meio corresponde à usada em estudos internacionais, e, portanto, não é possível, no momento, saber o devido valor dessas informações.

### **Enfermarias e ambulatórios gerais**

A população que busca alguma forma de assistência médica (enfermarias e ambulatórios gerais) tem sido a mais estudada em termos de prevalência de abuso de álcool (Masur e col.<sup>(4,5)</sup>; Capriglione e col., 1985; Kerr Corrêa e col.<sup>(6)</sup>; Mincis e col., 1990). As taxas de prevalência de abuso de álcool nesta população têm variado de 20 a 50%. Esta variabilidade, por um lado, pode refletir os métodos e critérios diferentes usados pelos pesquisadores, mas mostra que, independente do método usado, as pessoas que buscam ajuda médica têm uma prevalência maior de alcoolismo do que a população geral, muito embora os dados de Iacoponi e Laranjeira<sup>(7)</sup> tenham mostrado que, em relação aos centros de saúde da cidade de São Paulo, esta maior prevalência não ocorreu.

De qualquer forma, a maior parte desses estudos mostrou que, em especial em relação ao álcool, um grande número de pessoas que buscam cuidados de saúde o fazem por causas clínicas relacionadas ao abuso de álcool. Isto está de acordo com a literatura internacional que consistentemente tem mostrado o custo em termo de saúde do abuso de álcool e outras drogas (Holder<sup>(8)</sup>). Vários autores defendem que tanto os hospitais como os ambulatórios gerais seriam lugares privilegiados para identificar e tratar usuários de álcool e drogas no início de seus problemas (Chick, 1994). Em especial a terapia breve tem sido consistentemente mostrada como um método eficaz de tratamento para esses pacientes (Chick, 1994; Formigoni<sup>(9)</sup>).

### **Enfermarias psiquiátricas**

Existem evidências mostrando a preponderante participação do álcool nas internações por dependência no Brasil e em São Paulo (Carlini e Carlini-Cotrim<sup>(10)</sup>). Dados da própria Secretaria da Saúde mostram que cerca de 50% das internações psiquiátricas masculinas são por alcoolismo. Esta situação não encontra eco na literatura internacional, pois já há muito os países desenvolvidos abandonaram a prática de internação em instituições psiquiátricas de usuários de álcool e drogas. Há mais de trinta anos que existe a tendência do tratamento ambulatorial para essas condições e, quando a internação se faz necessária, ela seria feita em clínicas pequenas e especializadas no hospital geral ou na comunidade.

Este grande uso das enfermarias psiquiátricas no tratamento dos problemas do álcool em São Paulo é uma anomalia em termos de política de saúde mental e deveria receber especial atenção no futuro próximo. Apenas um grupo muito pequeno de pacientes com problemas de danos cerebrais secundários ao uso de álcool e outros quadros psiquiátricos associados poderiam beneficiar-se de internações em um hospital psiquiátrico.

### ***Clínicas de usuários de drogas***

Estudos com pacientes que procuram ajuda especificamente por problemas relacionados com o uso de drogas são importantes pois podem mostrar mudanças no padrão de consumo e, portanto, a necessidade de mudanças nas políticas de drogas de uma comunidade. Em São Paulo tivemos nos últimos dez anos um exemplo dramático e trágico dessas mudanças. Ao redor de 1986 algumas clínicas começaram a notar um aumento no número de usuários de cocaína na forma de pó. Progressivamente, nos anos seguintes, o padrão de consumo passou a ser o injetável. Essa mudança de padrão de consumo foi notada por vários estudos e teve como consequência um aumento muito grande no número de usuários que se tornaram infectados pelo HIV. Houve uma morosidade da parte do setor governamental em responder a esse desafio de saúde pública e hoje temos uma grande mortalidade secundária à infecção pelo HIV nessa população, bem como um aumento expressivo no número de mulheres HIV positivas, parceiras de usuários de drogas.

Nossa situação é bastante diferente do que ocorreu em países como o Reino Unido, Holanda e EUA, que responderam rapidamente com ações coordenadas de educação e tratamento para esta população, visando especificamente reduzir o dano relacionado com o uso de drogas, ou seja, prevenir a infecção pelo HIV. Muitos autores defendem que esta política de redução de danos foi a maior revolução já ocorrida na história dos tratamentos dos usuários de drogas. Houve uma mudança profunda no significado do conceito de tratamento. Até então, existia a tendência de tratamento significar abstinência completa de uma droga. O advento da infecção pelo HIV forçou o sistema de tratamento desses países a se tornarem mais realistas e optarem pelo 'second best' que é a mudança de alguns comportamentos em relação ao uso de drogas, muito embora não haja, num primeiro momento, abstinência completa.

Mais recentemente, temos acompanhado a evolução dessa epidemia de uso de cocaína em São Paulo com o advento do crack. O crack nada mais é do que a molécula de cocaína sem uma das bases, o que facilita o seu uso na forma de fumaça. Estudos já haviam identificado o aumento do consumo de crack em São Paulo há mais de quatro anos (Dunn e col.<sup>(11)</sup>; Ferri e col.<sup>(12)</sup>). Aparentemente, uma grande parte daqueles usuários de cocaína na forma injetável de 5 anos atrás ou estão morrendo de AIDS, ou mudaram para o crack.

Este novo padrão de uso trouxe novos problemas, como aconteceu nos EUA há alguns anos atrás. Em primeiro lugar, o uso do crack vem acompanhado de uma maior criminalidade. Pelas próprias características da droga, que é um estimulante com alto potencial de produzir dependência, com um efeito intenso e rápido, os usuários têm a necessidade de continuar o uso a qualquer custo e, por isto, envolvem-se em pequenos crimes para conseguir dinheiro. Além disso, pelo baixo preço e a grande disponibilidade, o crack tem um apelo grande para os usuários mais jovens e que podem desorganizar-se mais rapidamente social e psicologicamente com o uso da droga. Não é incomum, no momento, certos grupos de adolescentes começar o uso de drogas pelo crack, diferentemente do

que acontecia anteriormente quando existia uma seqüência de várias drogas como álcool, maconha, etc. até chegar à cocaína. Por todos esses motivos, as clínicas de tratamento têm recebido nos últimos meses uma maior proporção de usuários mais jovens, alguns menores do que 12 anos de idade.

Este aumento do consumo de crack, e a população mais jovem envolvida, traz um novo desafio para o sistema de tratamento, bem como os demais setores envolvidos como polícia, bem-estar do menor e sistema judiciário. É a típica situação onde o desafio da política de drogas se torna mais intenso, pois a solução do problema só poderá ocorrer com a integração de todos os setores do governo e comunidade. A criação de um número maior de leitos para internação em clínicas especializadas é clara, mas mais importante ainda seria esta integração de ações comunitárias.

Um outro fator importante a ser aprendido com este desenvolvimento da epidemia de uso de cocaína é a rapidez com que o padrão de consumo mudou em apenas um ou dois anos, o que mostra que devemos ter um sistema de monitorização do padrão de consumo dos pacientes que vêm para tratamento, pois, muitas vezes, eles revelam em grande parte o que está acontecendo em uma parte importante da comunidade de usuários de drogas mais pesadas. Mostra também que devemos ter uma política de drogas que seja flexível e possa se adaptar rapidamente às eventuais mudanças dramáticas de consumo.

### ***Meninos e meninas de rua***

Noto e colaboradores (1993) estudaram 138 meninos e meninas em situação de rua na cidade de São Paulo e encontraram que 82,5% deles faziam algum uso de droga. As drogas mais consumidas foram os solventes (80%), maconha (60%) e, já naquela época cocaína (46%). Inúmeros outros relatos mostraram que esta população é especialmente vulnerável ao uso de drogas. Além disso, também existem evidências mostrando uma forte associação com criminalidade nas ruas e o uso de drogas. Esta população traz um desafio especial em termos de política de drogas devido à sua situação de penúria social e falta de apoio familiar. A integração com outros setores do bem-estar da criança é por demais evidente em qualquer política futura.

### ***Estudantes de escolas públicas***

Um dos estudos mais ilustrativos da complexidade do uso de drogas em nosso meio foi feito com estudantes do primeiro grau (Cebrid<sup>(13)</sup>). Por três vezes seguidas, num espaço de sete anos, pesquisadores avaliaram o padrão de consumo de drogas nesta população. O resultado foi bastante diferente do padrão de ingestão apresentado pelos usuários de drogas que procura as clínicas. As drogas mais usadas por esta população foram as drogas lícitas como álcool, benzodiazepínicos, cigarro e solventes. Esses dados são muito importantes pois colocam em perspectiva as informações oriundas das clínicas e mostram a outra face do consumo de drogas entre a população mais jovem.

Este tipo de contraste entre esses dois tipos de populações já foi notado na literatura internacional (Room, 1985) chegando alguns autores a propor a existência de

dois mundos dos problemas relacionados às drogas. Um mundo relacionado à população que procuram as clínicas e um outro da população geral. Esta discussão trouxe a conclusão de que, qualquer que seja a política em relação ao uso de drogas de uma comunidade, ela deveria levar em conta esses dois mundos. Por exemplo, a prioridade em termos de prevenção da população escolar deveria ser diferente da prevenção com adolescentes que já desenvolveram um uso regular de drogas e buscam clínicas para tratamento, pois, possivelmente, encontram-se num outro estágio de desenvolvimento desse problema e, portanto, necessitariam de uma abordagem diferente.

### **Empresas e uso de álcool e drogas**

Nos EUA, onde inúmeros estudos foram feitos nos últimos quinze anos, foi mostrado que abuso de álcool e drogas custa cerca de US\$ 120 bilhões por ano, e que o setor privado paga metade desta conta pelos seguintes motivos: o absenteísmo é de 4-8 vezes maior entre os alcoólatras; alcoólatras têm 3 vezes mais risco de acidente industrial, 40% das mortes industriais e 47% de todos os acidentes. Com todo este custo, as empresas americanas progressivamente passaram a adotar programas específicos para álcool e drogas. Por exemplo, em 1972 somente 20% das 500 maiores empresas classificadas pela revista Fortune tinham esses programas, atualmente 100% delas os possuem.

No Brasil várias empresas públicas e privadas têm notado um grande número de seus funcionários com problemas de álcool e drogas (Fridman e Pellegrini<sup>(14)</sup>). Alguns dados mostram a importância do problema: alcoolismo é o terceiro motivo de absenteísmo no trabalho e a oitava causa de concessão de auxílio-doença pela Previdência Social (Fridman e Pellegrini<sup>(14)</sup>). No Estado de São Paulo as empresas maiores e mais organizadas vêm progressivamente adotando esses programas de orientação aos empregados. Infelizmente as empresas menores não conseguem recursos para implementar esses programas e acabam arcando com o custo do problema álcool e drogas de uma forma mais pesada.

Existe, portanto, uma necessidade de programas específicos para esses trabalhadores pois eles têm a vantagem de poder ser organizados levando em conta a cultura específica de cada empresa e acompanhar esta população adulta que se encontra com maior risco de ter problemas associados com o álcool e, por consequência, um maior custo social. Um dos papéis da Secretaria de Saúde seria em oferecer orientação técnica para que as empresas públicas e privadas, principalmente as pequenas empresas, que queiram estabelecer esses programas pudessem fazê-lo com o menor custo possível. Existe aqui um grande potencial de se estabelecer uma parceria entre o setor privado e o governo no sentido de desenvolver uma política de prevenção e tratamento específico para esta população.

### **Conclusão dos dados existentes sobre álcool e drogas no Estado de São Paulo**

a) Os estudos seletivamente apresentados acima mostram que existem muitas semelhanças no que acontece no nosso Estado com o que ocorreu em outros países.

b) O uso e abuso de álcool e outras drogas não pode mais ser visto como um problema isolado onde predominariam os quadros clínicos extremos como os alcoólatras e usuários de drogas com muitos problemas associados e que buscam tratamento. Devemos encarar como um problema de saúde pública complexo que atinge vários setores da população e que demanda intervenções complexas e integradas.

c) À semelhança do que ocorreu em outros países, não podemos nos dar por satisfeitos e abrimos apenas algumas clínicas de tratamentos para ajudar um grupo pequeno de usuários de drogas, devemos buscar uma política mais abrangente e que possa integrar as diferentes iniciativas comunitárias de uma forma mais organizada.

d) Devemos ter uma política que seja flexível e que possa se adaptar às mudanças que sempre ocorrerão nos padrões de consumo, especialmente das drogas ilícitas.

e) A busca de parcerias, tanto da comunidade como um todo, como de alguns setores em especial, como, por exemplo, empresas públicas e privadas e as organizações não governamentais, deve ser um dos objetivos mais importantes de uma política de álcool e drogas.

Nas próximas duas partes deste documento procuraremos discutir os diferentes tipos de tratamento para este tipo de problema e como poderíamos organizar de uma forma racional essas diferentes formas de tratamento.

### **O que é tratamento ?**

#### **Diferenças entre intervenção e tratamento**

Assim como é necessário clarificar o que deveria ser tratado, também é útil definir o que seria tratamento. Na literatura internacional existe uma definição muito ampla dos tipos de ações que poderiam ser classificadas como tratamento. Essas ações variam desde intervenções muito breves de aconselhamento feito por profissionais não médicos para pessoas que não estejam em contato com nenhum serviço de saúde, até internações em clínicas especializadas para tratamento de dependentes. Devido a esta diversidade de ações um grupo de especialistas nos EUA (Institute of Medicine<sup>(15)</sup>) propõem uma distinção entre intervenção e tratamento. Intervenção seriam ações ligadas principalmente com prevenção primária, que podem ser desde ações que informem as pessoas sobre o risco de continuarem engajadas no abuso de substâncias até ações que facilitem as pessoas a conscientizarem-se do seu problema e buscarem tratamento propriamente dito. Além disso, o termo intervenção tem sido usado no sentido de intervenção precoce para casos no começo da apresentação de problemas como no caso de bebedores pesados no começo de sua carreira. Neste sentido, intervenção também seria identificada com prevenção secundária em oposição ao tratamento propriamente dito que seria terciária.

Existe um grande número de atividades que seriam consideradas intervenções, dentre elas: programas de orientação à população escolar com problemas iniciais de drogas, programas de orientação para pessoas envolvidas em acidentes relacionados ao beber e dirigir, programas aos empregados das empresas, terapia breve de pacientes internados com problemas relacionados ao álcool, orientação de usuários de drogas com risco de infecção pelo

HIV, 'outreach workers' com meninos e meninas de ruas, etc. Muitas vezes essas atividades são consideradas como algo à parte do sistema de tratamento, como um luxo de eficácia discutível. Entretanto as evidências na literatura têm consistentemente demonstrado que essas atividades deveriam ser o alicerce de qualquer política de tratamento em uma comunidade, pois oferece a oportunidade de fazer contatos com um grande número de pessoas a um baixo custo, portanto, atividades inerentes ao sistema de tratamento. Essas atividades deveriam ser consideradas como parte do *continuum* de cuidados que a população que tenha problemas com álcool e drogas necessita.

A distinção entre intervenção e tratamento ocorreria muito mais em termos de intensidade de procedimentos do que na qualidade da ação. Dever-se-ia tomar um cuidado especial com a ênfase excessiva em considerar tratamento somente como aquelas ações que deveriam manter o paciente internado ou com uso intenso de procedimentos terapêuticos. Uma das melhores definições de tratamento foi feita pelo U.S. Department of Health and Human Services em 1986 em relação aos problemas relacionados com o álcool.

'O tratamento relacionado com os problemas do álcool é uma gama de serviços que incluem a avaliação diagnóstica; aconselhamento; cuidados médicos, psiquiátricos e psicológicos e serviços sociais para os pacientes com esses problemas. As atividades de tratamento envolvem intervenções após o desenvolvimento e manifestação do abuso do álcool e alcoolismo com o objetivo de deter o progresso ou prevenir doenças ou morte associadas às condições clínicas... O tratamento tem basicamente dois elementos, (1) o procedimento terapêutico, isto é, uma série de procedimentos e atividades, e (2) o processo terapêutico, ou seja, o meio ambiente e o contexto interpessoal em que o procedimento deva ser implementado para obter sucesso. O tratamento é uma combinação de procedimentos e processos que interagem de uma forma complexa'.

Portanto, intervenção e tratamento combinados fazem parte de um *continuum* de cuidados. A seqüência e a diversidade de cuidados necessária em uma comunidade depende muito da demanda da população a ser atingida e também da capacidade dos profissionais envolvidos em identificar formas criativas de atender essa demanda. No entanto, para que esta idéia de *continuum* de cuidados não se transforme em mais uma palavra vazia dentro da nossa cultura profissional é necessário descrever em maiores detalhes os princípios e práticas desse *continuum*.

### **Os modelos teóricos no tratamento das dependências**

Os modelos de tratamentos consistem de certa perspectiva ou orientação em que a etiologia dos problemas relacionados ao uso de drogas devam se tornar explícitos em termos de intervenção e de resultados esperados. Três tipos de modelos teóricos do tratamento das dependências receberam maiores atenções nos últimos anos (Institute of Medicine<sup>(15)</sup>): o modelo de doença, o do desenvolvimento psicológico e o sócio-cultural. Esses modelos dife-

rentes obviamente não esgotam todas as diferentes abordagens de tratamento, mas são aqueles que têm sido mais estudados e recebido maior atenção na literatura. É importante destacar que esses modelos variam muito de país a país, por exemplo, no nosso meio existe um certo destaque na abordagem psicanalítica do tratamento de usuários de drogas, o que não acontece na grande maioria dos países desenvolvidos, que já descartaram esse modelo há muitos anos devido ao alto custo e eficácia discutível.

O modelo de doença tem sido muito usado na abordagem com o uso de álcool e considera a condição 'alcoolismo' como sendo uma doença progressiva causada por um mau funcionamento fisiológico com um componente genético. A prática no tratamento deste tipo de modelo valoriza, por um lado, o contato com os Alcoólicos Anônimos e, por outro lado, programas de internação baseados no Modelo de Minnesota (seis semanas de internação estruturadas com ênfase na conscientização do problema alcoolismo).

O modelo de desenvolvimento psicológico considera os problemas decorrentes do uso de álcool e drogas como oriundos de disfunções emocionais, comportamentais e motivacionais na vida da pessoa. A ênfase é na diversidade de caminhos que poderiam levar alguém a se tornar dependente de uma droga, o que teria como conseqüência uma diversidade de ações e técnicas que poderiam ajudar essas pessoas com diferentes problemas. Uma das conseqüências desta abordagem, nos últimos anos, foi a grande variedade de técnicas de tratamento propostas (terapias comportamentais, terapias cognitivas, 'social learning approach', prevenção de recaída, etc.). O domínio neste campo tem sido o do 'social learning approach', que considera a contribuição dos seguintes fatores no desenvolvimento da dependência: fatores culturais no desenvolvimento da experiência com uma droga; influência de 'role models' como pais e amigos, expectativas específicas em relação ao efeito das drogas, déficit na capacidade de lidar com situações difíceis como stress ('general coping skills'), etc.

O modelo sociocultural considera que a etiologia do uso das drogas está relacionada com um processo de socialização num meio cultural e social particular. Utiliza estratégias socioculturais focalizando na pessoa, bem como no ambiente físico e social, visando novas formas de socialização. Essas intervenções podem ser, por exemplo: criação de Pensões Protegidas onde os pacientes ficariam com o objetivo de reorganizar a sua rede social e se livrar dos companheiros de uso de álcool e drogas; grupos de auto-ajuda, etc. O modelo sociocultural enfatiza o sistema social não somente na etiologia do uso de drogas mas também na recuperação desses problemas.

Mais recentemente, têm havido inúmeras tentativas de integrar esses vários modelos teóricos, sendo que uma das mais bem sucedidas é a abordagem transteórica de Prochaska e DiClemente<sup>(16)</sup>. Ela é decorrente do resumo de mais de 18 teorias que abordaram o problema de álcool e drogas e propõem uma seqüência de mudanças de comportamento que ocorreriam até o término dos problemas relacionados com o uso de drogas. No cerne desta abordagem estaria o conceito de motivação para a mudança de comportamento. Por muito tempo motivação

foi entendida como um traço imutável da personalidade das pessoas e, portanto, difícil de influenciar. De acordo com esta abordagem recente proposta por Prochaska e DiClemente, a motivação para o tratamento e mudança de comportamento em relação ao uso de drogas seria permeável a influências ambientais e pessoais.

Os autores propõem que essas mudanças podem ser divididas em quatro estágios: 1) *pré-contemplação*, onde o indivíduo ainda não considera mudanças de comportamento porque o uso de drogas não é considerado um problema; 2) *contemplação*, onde o indivíduo começa a pensar seriamente sobre mudar o comportamento pois começa a perceber os problemas enfrentados; 3) *ação*, onde o indivíduo faz alguma coisa positiva para mudar o comportamento, quer seja a busca de tratamento ou outra forma de ajuda como conversar com um amigo ou simplesmente parar de usar a droga; 4) *manutenção*, onde o indivíduo busca produzir mudanças no seu estilo de vida visando a consolidação do processo de ficar sem o uso de drogas. Na eventualidade sempre presente de uma recaída, o modelo propõe que poderão ser usadas técnicas de prevenção e atenuação do uso de drogas. A recaída é considerada uma parte importante do processo de tratamento pois a grande maioria das pessoas dependentes voltam a usar drogas em algum momento no futuro, e portanto qualquer programa de tratamento deveria levar este fato em consideração.

A grande vantagem deste modelo é que diferentes formas de intervenção poderiam ser propostas para os diferentes estágios em que as pessoas se encontram. Por exemplo, indivíduos no estágio de pré-contemplação se beneficiariam muito mais de informações gerais sobre o risco do uso de drogas do que imposição de qualquer forma de tratamento. Outra vantagem deste modelo é que considera o tratamento como um processo a ser desenvolvido e que, mesmo que ocorram algumas recaídas, não seria considerado uma falha no tratamento mas sim algo a ser enfrentado e prevenido. Considera, portanto,

a recaída como parte do processo, e, o mais importante, seria como evitar a recaída, ou, na pior das hipóteses, como fazer da recaída um evento o minimamente lesivo possível. O mais importante seria, na organização de um planejamento terapêutico, direcionar as intervenções ao longo deste processo onde as recaídas ocorrem, mas, a cada nova recaída, dever-se-ia tentar manter o paciente na direção da recuperação. Uma visão gráfica deste processo é mostrado na figura 1. A implicação para o sistema de tratamento é que deveríamos organizar os serviços de uma forma que mantivesse o paciente aderido à alguma forma de tratamento e que a eventual recaída não poderia ser uma exclusão do tratamento. Além disso, as diferentes formas de tratamento poderiam ser integradas visando influenciar o paciente a solucionar o seu processo de recuperação.

Em resumo, podemos dizer que nas duas últimas décadas houve um grande avanço em novos modelos de tratamento das dependências. Estamos muito longe dos dias onde buscava-se um tratamento único para uma condição clínica chamada 'alcoolismo' ou 'farmacodependência'. O que a literatura mostrou é que, ao invés de se buscar este tratamento único, deveríamos usar algumas técnicas terapêuticas existentes e tentar adequar alguns grupos de pacientes a essas técnicas específicas. Hoje as pesquisas e organização de serviços apontam para o que chama-se 'matching hypothesis', ou seja, adequar o paciente certo com a técnica certa no momento certo. Não existe superioridade entre os modelos existentes; dever-se-ia buscar qual seria o tratamento ou intervenção mais adequado em termos de custo-benefício para a população que iremos trabalhar. Por exemplo, o modelo de doença é muito inadequado quando lidamos com adolescentes usuários de crack, mas pode ser útil para alguns grupos de pacientes com uso crônico de álcool. Deve-se buscar integração dos diferentes modelos, com a participação de vários tipos de profissionais (médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, conselheiros, etc.), e com vários

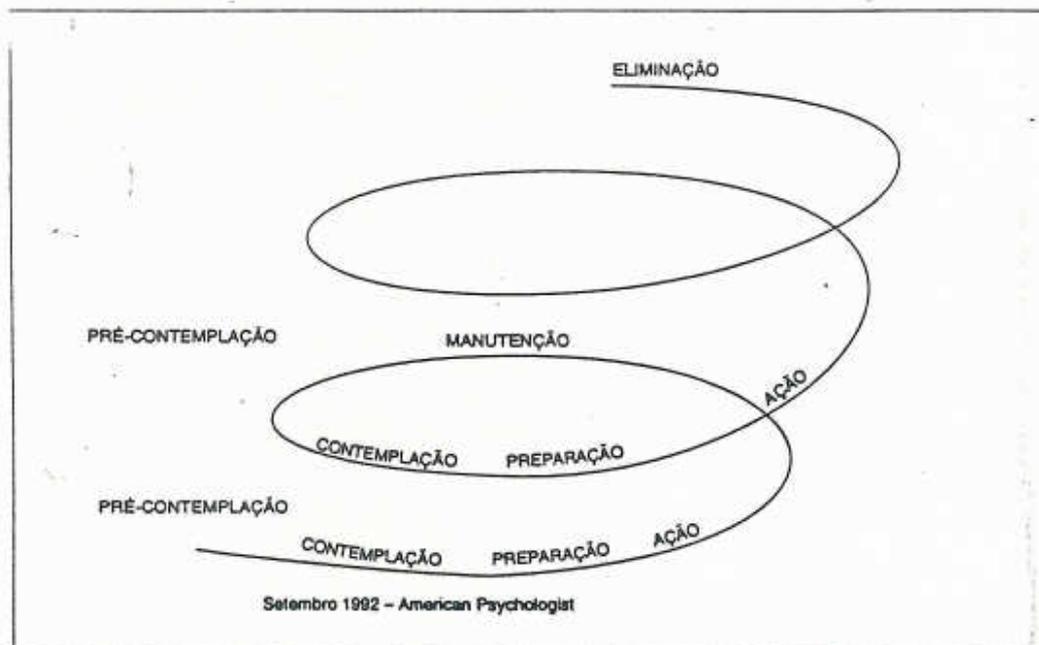


Fig. 1 - Um modelo espiral dos estágios de mudanças.

locais de atendimento (clínicas especializadas, hospital geral, ambulatório geral, grupos especiais nas escolas, etc.).

### Como devemos organizar o sistema de tratamento?

#### *O sistema de tratamento e política informal existente no Estado de São Paulo*

Mostramos acima a complexidade do problema do álcool e outras drogas no Estado de São Paulo e as propostas recentes da experiência mundial em relação aos modelos de tratamento. Podemos falar que existem dados suficientemente adequados para uma compreensão adequada dos vários tipos de problemas que temos no Estado. Entretanto, não podemos mostrar que houve uma evolução no sistema de tratamento para enfrentar esses novos desafios. O argumento a ser desenvolvido em seguida é que houve uma estagnação das formas de intervenção e tratamento no nosso meio, que manteve algumas formas tradicionais de tratamento baseadas nos hospitais psiquiátricos e clínicas, em detrimento de novas alternativas comunitárias de ação, que praticamente não se desenvolveram nos últimos anos.

O sistema de tratamento público para os usuários de álcool e drogas permaneceu baseado no hospital psiquiátrico. Esses hospitais têm oferecido um tipo de atendimento que a literatura internacional rejeitou há pelo menos trinta anos. Tem sido exaustivamente demonstrado que internação prolongada não é superior ao tratamento ambulatorial na maioria dos casos (Edwards e col.<sup>(1)</sup>; Institute of Medicine<sup>(15)</sup>). A internação, na forma como tem sido usada em nosso meio, é uma alternativa cara e pouco eficiente e portanto, uma má alocação de recursos. Os poucos ambulatórios da rede pública que fazem tratamento nesta área estão muito mal preparados tecnicamente, sobrevivendo, na maioria dos casos, com certo voluntarismo e grande generosidade de alguns profissionais.

Devido a esta ausência de planejamento e iniciativa do setor público, ocorreu uma grande expansão de tratamentos privados e de organizações não governamentais (ONGs) em todo o Estado. Por um lado, esta iniciativa da própria comunidade em propor ajuda para esta população deve ser aplaudida, e esses serviços têm ocupado um papel importante no sistema de tratamento. Por outro lado, esses mesmos serviços têm, na sua quase totalidade, sido criados também baseados no modelo de clínicas especializadas, onde só existe a alternativa de internações prolongadas.

Podemos dizer que tanto o sistema de tratamento público como o privado e as ONGs são muito pouco flexíveis em relação à complexidade do problema álcool e drogas. A internação ficou como a única alternativa de tratamento, e que é usada para qualquer tipo de caso, sem nenhum critério clínico ou de custo-benefício social. Esta situação no Estado de São Paulo é o que alguns autores chamam de uma política informal de álcool e drogas, onde, na ausência de uma política minimamente organizada pelo governo, estabeleceu-se uma série de iniciativas dessincronizadas e com as mais diferentes influências. Por exemplo, a maioria das clínicas usa o modelo de internação baseado nos 12 passos dos Alcoólicos Anô-

nimos, ou adotam idéias psicanalíticas no seu tratamento, muito embora essas abordagens não têm mostrado superioridade em relação a outras formas de tratamento mais curtas e mais focalizadas no problema.

O diagnóstico, portanto, do sistema de tratamento no Estado é de uma grande falta de flexibilidade em relação a formas comunitárias de tratamento valorizando em demasia a internação. Aparentemente também existe uma competição excessiva entre essas diferentes clínicas e a maioria delas apresenta uma grande dose de confiança em relação aos seus resultados, e uma baixa dose de entendimento em relação às outras abordagens. Essas clínicas e hospitais funcionam praticamente de uma forma independente um dos outros, reduzindo em muito o seu potencial terapêutico. Poder-se-ia também argumentar que apesar do número de clínicas ter aumentado nos últimos anos, ainda existiria uma falta de leitos para internação deste tipo de paciente. Esta constatação deve estar correta, mas não podemos aumentar o número de leitos em clínicas sem uma política mais sistematizada e uma proposta de tratamento com internação integrado a ações comunitárias.

#### *O custo de uma falta de política*

Nos últimos anos, os EUA têm produzido uma série de estudos muito importantes avaliando o custo do álcool e drogas para o país. Estima-se que só o álcool custa por ano cerca de US\$ 100 bilhões, contando tratamento psiquiátrico e médico, acidentes, perdas de ano de vida, perda de produtividade, desgaste familiar, etc. (Rice e col., 1991). Uma expansão desses estudos econométricos também mostrou o quanto custa não ter políticas de tratamento. Se uma comunidade não possui um sistema de tratamento para esse tipo de problema, tem sido demonstrado que o custo com os cuidados médicos de uma maneira geral aumenta (McCaul e Furst<sup>(18)</sup>). Em um estudo prospectivo de 14 anos Holder e Blose<sup>(19)</sup> mostraram que, após a introdução de uma maior organização da rede de serviços para problemas relacionados com álcool e outras drogas, houve uma redução significativa no custo dos serviços médicos.

Esses estudos também tentam responder quais seriam os tratamentos com maior custo-benefício para uma comunidade. Godfrey<sup>(20)</sup>, uma economista que estuda o sistema de saúde do Reino Unido, tem preconizado que deve-se buscar um balanço entre as diversas intervenções mais simples e baratas e que façam contato com o maior número de usuários possíveis, com um número de intervenções para aqueles usuários que não venham se beneficiar dessa abordagem mais simples.

Não temos dados sobre o custo social do uso de álcool e drogas no Estado de São Paulo. Esta é uma área prioritária de pesquisa que nos daria informações extremamente valiosas para o planejamento futuro. De qualquer forma, devemos buscar avaliações sistemáticas de futuras formas de tratamento quanto ao seu custo-benefício. No entanto, esta política informal existente, onde as poucas opções de tratamento existentes encontram-se completamente dissociadas uma das outras, faz com que os poucos recursos disponíveis existentes estejam sendo usados de uma forma inadequada. O desafio seria buscar formas de intervenção e tratamento que fossem baratas, tivessem uma ação in-

tegrada, atingissem a um maior número de pessoas, e com um bom custo-benefício.

### **Proposta de criação de Unidades Comunitárias de Alcool e Drogas - UCAD**

A proposta que devemos fazer no momento é qual seria a melhor forma de organizar uma rede de tratamento para os problemas relacionados com o uso de álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. Não é a intenção deste documento tornar específica no detalhe esta rede de tratamento, mas sim discutir as linhas gerais desses serviços. As idéias desta forma de organização de serviços têm sido adotadas em vários países como EUA, Inglaterra e Austrália (Institute of Medicine<sup>(15)</sup>; Strang e Gossop<sup>(21)</sup>). Foi uma evolução dos serviços existentes para usuários de álcool e drogas, que foram inicialmente criados no final da década de sessenta. Pela evolução desses serviços, e pela própria evolução da percepção dos profissionais da área de qual era a natureza dos problemas, criou-se a idéia de se afastar de uma rede de clínicas especializadas e partir para uma expansão de serviços, que seria mais diversificada e em maior contato com a comunidade. A proposta a ser feita aqui baseia-se muito nesta experiência internacional e nos princípios comunitários de atenção aos problemas de álcool e drogas. Essa proposta seria baseada nos seguintes princípios e características:

1 - Deve-se buscar uma estrutura de atendimento que seja flexível e que tenha desde intervenções mínimas como aconselhamento breve para usuários de álcool e drogas com poucos problemas até intervenções mais complexas para pessoas com muitos problemas. É o que na literatura internacional chama-se de cuidados variando ao longo de um *continuum*, onde as barreiras entre o que é prevenção e o que é tratamento não sejam tão distintas. Por exemplo, um paciente que procura um hospital geral com gastrite alcoólica pode beneficiar-se de um aconselhamento breve.

2 - Deve-se buscar integração de atividades que lidem com todas as drogas. As barreiras farmacológicas não deveriam orientar a criação dos serviços. Existem mais semelhanças do que diferenças entre usar álcool e cocaína, e os conhecimentos dos profissionais envolvidos são muito parecidos. Não faz sentido criar-se serviços somente para álcool e outros somente para cocaína.

3 - Deve-se buscar o envolvimento de vários tipos de profissionais de saúde. Mesmo naquelas atividades que envolvam aconselhamento ou terapia deveríamos oferecer treinamentos específicos para Assistentes Sociais, Enfermeiros e mesmo membros voluntários da comunidade para auxiliar nesta tarefa.

4 - Deve-se buscar uma regionalização e integração dos serviços. Não basta criarmos clínicas especializadas espalhadas pelo Estado, devemos ter algum planejamento e desenvolvermos em cada região de saúde uma equipe de UCAD.

5 - Deve-se adaptar cada UCAD à região onde funcionará. Não podemos esperar que todas UCAD funcionem com o mesmo número de profissionais e a mesma diversidade de atividades. Em algumas regiões um grupo pequeno pode funcionar muito bem desde que esteja bem preparado para lidar com a demanda local.

6 - Deve-se organizar um programa de treinamento permanente para todos os níveis de atividades nas UCAD. Não podemos subestimar o treinamento adequado para a execução satisfatória de uma política de saúde. Especialmente no caso de álcool e drogas o treinamento é importante pois a grande maioria dos profissionais envolvidos não obtiveram informações minimamente adequadas durante a sua formação técnica. Portanto a Secretaria da Saúde deve programar-se para organizar vários tipos de treinamento. Por exemplo, para os coordenadores dessas UCAD que deveriam ter uma base bastante sólida de dependência de drogas e organização de serviços, um curso poderia oferecer alguns itens como: treinamento clínico em dependências, avaliação das necessidades comunitárias, organização de serviços comunitários e como organizar treinamento em serviço para os demais membros da equipe.

7 - Deve-se sempre ter em mente que a organização de serviços para álcool e drogas evolui com o desenvolvimento das idéias sobre tratamento e prevenção e que portanto deveremos manter uma visão dinâmica deste processo de desenvolver uma rede de atendimento.

### **Summary**

*Bases for a policy on the treatment of the problems related to alcohol and other drugs in the State of São Paulo*

*The use and abuse of licit and illicit drugs has received much attention in the last few years by different sectors in the State of São Paulo. Despite being a problem that has been around for many years it can't be said that the Health Secretary has had an organized policies to face the problem. This document has two main objectives: 1) to present information which can be useful in the quantification of the problem of alcohol and drugs in the State of São Paulo; 2) to suggest the general guidelines for a specific policy to deal with a treatment network of services.*

*In the presentation of the quantification of the problems related to alcohol and drugs a first question to be answered is about what should be treated. An analysis of the data which have already been published show that these problems have been identified in several situations (general population, general wards and outpatients clinics, psychiatric wards, drug clinics, street boys and girls, students in public schools, and employees). In the proposal it is discussed the differences between intervention and treatment following of the theoretical models that would help in the treatment. On the final part it is discussed the different ways of organized a treatment network, acknowledging the existence of a informal policies and the cost of a lack of policy. It is proposed the creation of a Community Alcohol and Drug Team as the way ahead in the formal policy for alcohol and drugs in the State of São Paulo.*

Uniterms: alcohol; drugs; policy; public health; services organization

### **Referências**

1. EDWARDS G - Alcohol Policy and the Public Good. Oxford Medical Publications, World Health Organization, 1995.
2. REGO RA e col. - Epidemiologia do alcoolismo: prevalência de positividade do teste CAGE em inquérito domiciliar no município de São Paulo. Rev ABP-APAL, 13(2): 75-80, 1991.
3. ALMEIDA FILHO N e col. - Estudo multicêntrico de morbidade psiquiátrica em áreas urbanas brasileiras. Rev ABP-APAL, 14(3): 93-104, 1992.
4. MASUR J e col. - Consumo de álcool em pacientes de hospital geral: um problema negligenciado? Rev AMB, 25: 302-306, 1979.
5. MASUR J e col. - Detecção precoce do alcoolismo em clínica

médica através do questionário CAGE. Utilidade e limitações. *J bras Psiqu*, 34: 31-34, 1985. • 6. KERR-CORRÊA F e col. - Importância do estudo de prevalência de ingestão alcoólica excessiva para diagnóstico de alcoolismo em enfermarias gerais e especializadas. *Rev Bras Psiqu*, 7(27): 159-62, 1985. • 7. IACOPONI E, LARANJEIRA R - At risk drinking in primary care. Report from a survey in São Paulo, Brazil. *British Journal of Addiction*, 84: 653-656, 1989. • 8. HOLDER HD - Alcoholism treatment and potential health care cost savings. *Med Care*, 25: 52-71. • 9. FORMIGONI MLOS - A Intervenção Breve na Dependência de Drogas. A Experiência Brasileira. Editora Contexto, 1992. • 10. CARLINI EA, CARLINI-COTRIM B - A preponderante participação do álcool nas interações por dependência e por psicoses induzidas por drogas psicotrópicas no Brasil, triênio 1987-1989. *J bras Psiqu*, 40(6), 291-298, 1991. • 11. DUNN J e col. - An increased prevalence of crack use among cocaine users attending outpatient clinics in São Paulo, 1990-1993 (no prelo no *International Journal of Addiction*), 1995. • 12. FERRI CP e col. - Aumento da procura de tratamento por usuários de crack em dois ambulatórios na cidade de São Paulo nos anos de 1990 a 1993 (no prelo RAMB). • 13. CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas) - III Levantamento sobre o Uso de Drogas entre Estudantes de Primeiro e Segundo Graus em 10 Capitais Brasileiras, 1993. • 14. FRIDMAN IS, PELLEGRINI IL - Trabalho e Drogas: Uso de Substâncias Psicoativas no Trabalho. PUCRS, 1994. • 15. Institute of Medicine - Broadening the Base of Treatment for Alcohol Problems.

National Academy of Sciences, 1990. • 16. PROCHASKA JO, DICLEMENTE CC - In search of how people change. *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114, 1992. • 17. RICE DP e col. - The economic cost of alcohol abuse. *Alcohol Health & Research World*, 15(4): 307-317, 1991. • 18. McCAUL ME, FURST J - Alcoholism treatment in the United States. *Alcohol Health & Research World*, 18(4): 253-260, 1994. • 19. HOLDER H, BLOSE J - The reduction of health care costs associated with alcoholism treatment: a 14-year longitudinal study. *Journal Studies on Alcohol*, 53: 293-303, 1992. • 20. GODFREY C - The Cost-effectiveness of Services: Lessons for Contracting? Centre for Health Economics - University of York. • 21. STRANG J, GOSSOP M - Heroin Addiction and Drug Policy. The British System. Oxford Medical Publications, 1994.

---

ecn