

Organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool

Services organization for the treatment of alcohol dependence

Marcelo Ribeiro

UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas) – UNIFE-SP

Resumo

Os problemas relacionados ao consumo de álcool variam ao longo de um continuum de gravidade. Tal característica requer a construção de serviços de tratamento que atendam às necessidades em cada uma destas situações. Além disso, o contexto econômico e sócio-cultural de uma comunidade reveste o paciente de particularidades que precisam ser consideradas pelo serviço de tratamento em uma dada região. Desse modo, a organização de serviços para o tratamento da dependência do álcool deve começar pela determinação da estrutura interna da instituição e seu lugar dentro da rede de atenção disponível no local. Todo o construto deve ser baseado nas necessidades da população-alvo (obtida por avaliações diagnósticas) e implementado com avaliações e monitoramento constante acerca do impacto desejado. Atualmente, manuais e diretrizes disponíveis on-line auxiliam e facilitam a execução destas ações.

Descritores : Bebidas alcoólicas. Transtornos relacionados ao uso do álcool. Alcoolismo. Planejamento estratégico.

Abstract

The problems related to the consumption of alcohol vary along a gravity continuum. Such a characteristic requests the construction of treatment services that assist to the needs in each one of these situations. Besides, the economical and cultural context of a given community covers the patient of particularities that need to be considered by the service of treatment. This way, the organization of services for the treatment of the dependence of the alcohol should begin for the determination of the structure interns of the institution and its place inside of the net of available attention. The whole construction should be based on the needs of the population-objective (obtained by diagnostic evaluations) and implemented with evaluations and constant monitoring of the wanted impact. Presently, manuals and guidelines available online aid and facilitate the execution of these actions.

Keywords: Alcoholic beverages. Substance Related - Disorders. Strategic planning.

Introdução

O tratamento da dependência química é um assunto relativamente novo. Não faz dois séculos, o beber excessivo do Reino Unido era punido com exposição em praça pública e publicação dos nomes nos principais jornais da cidade.¹ Até meados do século XX, o termo dependência enfatizava mais as complicações clínicas do consumo do que o comportamento em si.²

Apenas a partir da segunda metade do século, o conceito de dependência deixou ser considerado um desvio de caráter ou um conjunto de sinais e sintomas físicos para ganhar características de transtorno mental.³ Além disso, ao entender o consumo de álcool e drogas 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 e qualidade de vida.⁴

Desse modo, serviços de atendimento foram sendo criados ou adaptados para o tratamento dos diferentes estágios da dependência química: ambulatórios, centros de convivência, internações breves e longas, hospitais-dia, moradias assistidas, acompanhamento terapêutico, agentes multiplicadores, dentre outros. Para ampliar ainda mais a malha de atendimento a esses usuários, nasceu a necessidade de sensibilizar a rede primária de atendimento, visando ao diagnóstico precoce e à motivação dos usuários para o tratamento.⁵ Abordagens como a política de redução de danos surgiram com a finalidade de prevenir conseqüências danosas à saúde do usuário, tais como as doenças sexualmente transmissíveis e a AIDS, sem necessariamente interferir na oferta ou na demanda.⁶

O conhecimento das idiossincrasias do dependente e da variedade de abordagens e modelos de tratamento disponíveis trouxe novos paradigmas para a organização de

serviços de atendimento. Não basta somente boa vontade, idealismo e empenho da equipe: um serviço de atendimento deve conhecer a fundo sua estrutura organizacional, determinar o perfil da população-alvo atual e potencial e o contexto sócio-cultural que a circunda.⁷ É necessário, também, planejar o futuro do serviço, monitorar a implementação e avaliar os resultados de modo constante e sistemático.⁸

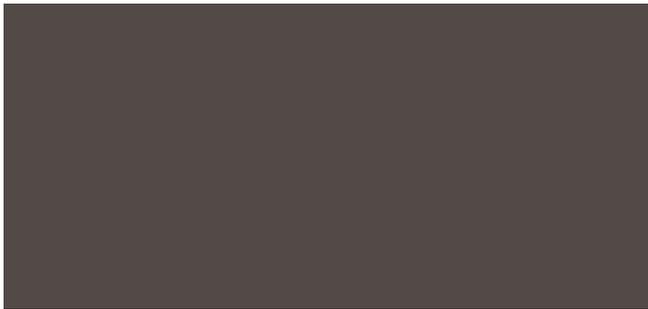
O presente artigo pretende apresentar os componentes estruturais de um serviço de atendimento e, em seguida, as etapas envolvidas no planejamento de suas ações, visando à construção de instituições terapêuticas sólidas e duradouras. Manuais e diretrizes relacionados ao tema, e disponíveis on-line, encontram-se listados nas referências bibliográficas, para os que desejarem se aprofundar no tema.

O enquadre terapêutico

O ambiente de tratamento, a composição da equipe profissional e o tipo de tratamento constituem o enquadre terapêutico⁷, ou seja, a organização interna do serviço. Esta estrutura (institucional, profissional e teórico-prática) determina o modus operandi do programa de atendimento.

1. Ambientes de tratamento

Há incontáveis tipos de ambientes de tratamento, apesar de alguns serem mais conhecidos e tradicionais (Quadro 1). Cada um deles pos-



sui vantagens e desvantagens na prestação de auxílio ao dependente químico. Não há um serviço melhor que o outro, mas sim pacientes mais indicados para cada serviço. A compreensão e o entendimento das possibilidades e limitações de cada ambiente de tratamento auxiliam o processo de adequação de um serviço às necessidades da comunidade a qual presta assistência.⁹

O momento do tratamento também influencia a escolha do serviço.⁵ Usuários de álcool com sintomas agudos de abstinência podem requerer um ambiente ambulatorial não-intensivo, intensivo, hospital-dia ou até uma internação para desintoxicação. Três semanas depois, porém, os sintomas de abstinência já não são mais o problema preponderante e abordagens menos intensivas e comunitárias poderão ser instituídas. Dessa maneira, é preciso reconhecer o serviço mais indicado para aquele momento e saber combiná-lo a outros ambientes onde a seqüência do tratamento se dará.⁷

Em muitos países, os diversos ambientes de atendimento para dependência química encontram-se divididos em modalidades distribuídas ao longo de um continuum de cuidados. O Brasil, infelizmente, ainda não possui uma legislação normatizadora dos níveis de atendimento, tampouco do papel de cada profissional da saúde no tratamento das dependências químicas, apesar de problemas acerca do tema já terem sido identificados por diversos estudos nacionais.¹⁰ Tal carência dificulta o encaminhamento racional daqueles que procuram auxílio especializado, sobrecarregando setores que deveriam se responsabilizar por apenas uma parte do tratamento.

Ainda assim, faz parte da organização de um serviço determinar, mesmo que grosseiramente, qual o seu ponto de inserção dentro da rede de tratamento disponível em uma determinada região (Figura 1).

figura 1

Todo o serviço deve procurar o seu lugar para apoiar, com mais eficácia, o paciente que o procura e se conectar aos demais serviços disponíveis, para formar redes de apoio mútuo. Isso reforça e amplia as estratégias de tratamento do serviço e possibilita o encaminhamento daqueles que já concluíram o tratamento proposto mas ainda necessitam de outras abordagens.

2. Composição da equipe profissional

Há um grande número de profissionais diretamente envolvidos no tratamento da dependência química. Cada ambiente (e a complexidade de sua organização) requer um tipo de equipe.⁹ Um hospital-dia é um ambiente eminentemente multidisciplinar, enquanto uma comunidade terapêutica pode funcionar com apenas um profissional da saúde especializado, integrado a um grupo de ex-usuários. Independentemente da complexidade de cada serviço, é importante que os pacientes tenham acesso a todos os profissionais necessários. Mais uma vez, além de conhecer seus limites e sua posição no nível de atendimento, um serviço também deve estar integrado à totalidade da rede de atendimento, a fim de potencializar ou suprir pontos não cobertos por seu tratamento.

3. Tipo de tratamento

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) & Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD) descrevem quatro aspectos fundamentais para caracterizar um tipo de tratamento: caráter da intervenção, estratégia terapêutica, metas terapêuticas e filosofia do tratamento⁷ (Quadro 2).

A definição do tipo de tratamento de um serviço tem caráter estrutural e pode ser identificado em qualquer serviço. Sua determinação permite avaliações mais objetivas acerca dos resultados obtidos, confere seriedade aos procedimentos e demonstra maturidade por parte da equipe de tratamento.⁷

Componentes de um serviço de atendimento

Independentemente do enquadre terapêutico proposto, um serviço deve propiciar ao paciente que o procura uma infra-estrutura capaz de atender as suas necessidades e remover barreiras que dificultem sua adesão à proposta terapêutica. O *National Institute on Drug Abuse* (NIDA)¹¹ considera que qualquer serviço deve oferecer – dentro da própria instituição ou por meio de parcerias e encaminhamentos –, ao menos, treze itens.

Quadro 3 – Caracterização do tipo de tratamento, segundo a OMS – CICAD.

População-alvo do serviço

Apesar de ser clara a necessidade de individualizar toda e qualquer abordagem terapêutica instituída, alguns serviços sentem a necessi-

dade de uma 'individualização prévia' para o atendimento de populações especiais. Isso deve ser sempre considerado quando se planeja organizar um serviço, não importando o ambiente de tratamento escolhido. A adaptação de um serviço a determinadas populações específicas é plenamente contemplada, aceita e recomendada pela literatura especializada.¹²⁻¹⁵

Além disso, o tipo de droga utilizada e a gravidade dos pacientes atendidos também podem suscitar a necessidade de serviços especiais. Por exemplo, usuários de cocaína parecem se beneficiar mais de abordagens ambulatoriais intensivas.¹⁴ Um serviço voltado para usuários de drogas injetáveis (UDI) deve enfatizar, mais do que qualquer outro

serviço, a prevenção das DST-AIDS, sendo a redução de danos a abordagem indicada e bem-sucedida entre esses usuários.¹⁵ Um ambulatório ou uma enfermaria de desintoxicação, que se proponha a atender dependentes com transtornos psiquiátricos graves associados (depressão, esquizofrenia, pacientes com atitudes suicidas), requer um apoio logístico mais intensivo, tanto no número e na qualificação dos profissionais de saúde envolvidos, quanto em termos de segurança.¹⁶

Planejamento das ações

Mesmo que o serviço estruturado não se dedique, a priori, a um perfil estrito de pacientes, certamente a população que procura seu auxílio possui particularidades. Além disso, o contexto social, o perfil da população atendida e o tipo de substância se modificam com rapidez. Dessa forma, um serviço deve estar atento a essas mudanças e adaptar sua estrutura com dinamismo, sempre que necessário.

1. Diagnóstico

A organização de um serviço começa pela clarificação da estrutura disponível (enquadre terapêutico) e das necessidades dos indivíduos que irão procurá-la.¹⁷ Alguns questionamentos relacionados a essa fase são a prevalência local do consumo de substâncias psicoativas, da via de administração e das complicações clínicas e sociais relacionadas; o perfil sociodemográfico da população atingida; o modelo que atenderia da melhor maneira tais necessidades; a eficácia das tentativas de tratamento anteriores; a existência de serviços de apoio na região; e o nível de capacitação e entrosamento da equipe.⁸

Esses dados podem ser obtidos por meio de levantamentos epidemiológicos oficiais, elaboração de bancos de dados do serviço, estudos de seguimento com grupos de pacientes, estudos qualitativos com representantes-chave da população local ou com pacientes do serviço, aplicação de escalas de satisfação do pacientes, entre outros.¹⁷

2. Implementação

O passo seguinte consiste no planejamento das ações a partir das potencialidades e limitações do serviço para atender às idiossincrasias desta demanda. Tais ações devem visar ao alcance de objetivos e metas específicos, hierarquizados, considerando a prioridade de cada um.¹⁸

A priorização das ações não deve ser elaborada exclusivamente por critérios financeiros. O impacto social, a viabilidade e a aceitabilidade das mudanças que elas trarão também precisam ser avaliados.¹⁷

O cumprimento destas ações, dentro da realidade (interna e externa) de cada serviço, requer estratégias específicas, tais como ampliação ou modificação do foco do atendimento; investimento em capacitação profissional ou na ampliação da rede de apoio; melhora do ambiente de trabalho; e outros. Além disso, os responsáveis pela execução e os recursos (humanos, logísticos e financeiros) necessários para o sucesso do empreendimento devem ser bem estabelecidos.

3. Monitoramento e avaliação

A avaliação é parte constituinte (e indissociável) da organização de um serviço.^{8,18} Ela é a responsável pelo dinamismo que toda a proposta de tratamento deve possuir. Sem a avaliação, o serviço estará à mercê das mudanças sociais e da persistência de erros que o expõe constantemente ao desgaste e ao anacronismo. Além disso, as mudanças resultantes das ações implementadas constituem, por si só, uma nova realidade. Elas precisam ser entendidas por toda a equipe, para que as adaptações possam favorecer a todos.

Uma boa avaliação permite ao serviço mensurar a qualidade e o impacto das ações implementadas, identificando, por exemplo, grupos mais refratários e estratégias mal-sucedidas e abrindo novas discussões na equipe a fim de solucioná-los.¹⁷ Desse modo, todo esse processo deve ser monitorado e avaliado constantemente para que os aprimoramentos ou modificações necessárias sejam implementados

antecipadamente, aproveitando as oportunidades e evitando ameaças à viabilidade do serviço.⁸

A avaliação de um serviço, baseada em critérios científicos, é um procedimento complexo, que requer estudos sistematizados, com grupos-controle para comparações e amostras randomizadas.¹⁹ Por isso, são difíceis de serem implementadas em serviços que não contem com profissionais altamente capacitados. No entanto, é sempre possível balizar a efetividade de um serviço, considerando alguns indicadores, tais como adesão, melhora dos padrões de consumo, do nível de emprego, dentre outros (Quadro 4).⁸

Há alguns critérios que podem ser seguidos para valorizar a análise

de efetividade, por mais que se dê fora dos parâmetros estritamente científicos (Quadro 5).¹⁹ Sobre isso, vale ressaltar a importância de determinar a adesão e comparar os resultados do tratamento entre os que abandonaram e permaneceram em tratamento. Por exemplo, um serviço pode demonstrar que 90% dos pacientes que concluíram seu tratamento estão abstinentes e melhoraram significativamente seu desempenho social. No entanto, esses representam apenas 5% do total de pacientes que iniciaram o tratamento. Isso quer dizer que, no total, o serviço funcionou apenas para 4,5% dos dependentes que o procuraram. Será preciso comparar os dados entre aqueles que permaneceram e abandonaram para, por exemplo, identificar barreiras à adesão e buscar novas estratégias motivadoras.

Quadro 5 – Cuidados necessários na avaliação da efetividade do serviço de tratamento.

A avaliação de efetividade não deve ser feita pelo mesmo profissional que conduziu a intervenção.

A admissão é o tempo da primeira avaliação, seguida por outras 6, 12, 18 ou 24 meses depois.

Todos os pacientes em tratamento devem ser avaliados.

Pelo menos 70 a 80% dos pacientes que abandonaram devem ser contactados e entrevistados, para fins de comparação com os que per-

maneceram. Caso isso não seja possível, os dados sócio-demográficos obtidos na admissão devem ser comparados.

Fonte: Formigoni MLOS. Organização e avaliação de serviços de tratamento a usuários de drogas. In: Seibel SD, Toscano-Jr A. Dependência de drogas. São Paulo: Atheneu; 2001.

Conclusão

No Brasil, boa parte dos serviços é organizada única e exclusivamente a partir do empenho e da experiência de seus profissionais. Isso origina serviços com potencial de atendimento limitado e desvinculado das necessidades locais.^{10,18}

O conhecimento acerca da estrutura do serviço e das necessidades dos pacientes (atuais e/ou potenciais) orienta, refina e otimiza a proposta terapêutica em andamento. O processo de planejamento constitui a etapa dinâmica da organização. Nesse momento, os diversos componentes são dispostos e integrados de uma maneira sistematizada, fortalecendo potencialidades, aprimorando deficiências e respondendo melhor à realidade externa que circunda o projeto terapêutico.

Apesar de complexo, o processo de organização de serviços conta hoje com manuais e diretrizes^{8,17-18,20-21} objetivos e de fácil acesso (online), que viabilizam sua implementação dentro de equipes dispostas e motivadas para tal desafio.

Referências

1. Miller WR, Hester RK. *Treatment for alcohol problems: toward an informed eclecticism*. In: Miller WR. *Handbook of alcoholism treatment approaches – effective alternatives*. Allyn & Bacon; 1995.
2. Crowley JW. *Drunkard's progress – narratives of addiction, despair and recovery*. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1999.
3. Grant BF, Dawson DA. *Alcohol and drug use, abuse and dependence: classification, prevalence, and comorbidity*. In: McCrady BS, Epstein EE. *Addictions – a comprehensive guidebook*. Oxford: Oxford University Press; 1999.
4. 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; 2000.
5. 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 primaria de la salud*. Rockville: NIH; 1999.
6. Marlatt GA. *Redução de danos no mundo: uma breve história*. In: Marlatt GA. *Redução de danos – estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: ARTMED; 1999.
7. Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) & Comissão Interamericana para o Controle do Abuso de Drogas (CICAD). *El modelo ideal de atención – normas mínimas*. 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; 2000.
8. 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; 2000.
9. Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *Ambientes de tratamento, papéis profissionais e organização de serviços de tratamento*. In: Edwards G, Marshall EJ, Cook CCH. *O tratamento do alcoolismo*. Porto Alegre: ARTMED; 1999.
10. Laranjeira R. *Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo*. *J Bras Psiquiatr* 1996;45(4):191-9.
11. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas (NIDA). *Principios de tratamiento para la drogadicción – una guía basada en investigaciones*. Rockville: NIH; 2001.

12. Polinsky ML, Hser YI, Grella CE. Consideration of special populations in the drug treatment system of a large metropolitan area. *J Behav Health Serv Res* 1998;25(1):7-21.

13. Hatsukami DK. Targeting treatments to special populations. *Nicotine Tob Res* 1999;1 Suppl 2:S195-200.

14. Campbell J, Gabrielli W, Laster LJ, Liskow BI. Eficácia do tratamento intensivo em ambulatório do abuso de substâncias. *J Addictiv Dis* 1998;2(2):43-54 [edição portuguesa].

15. Ministério da Saúde & Coordenação Nacional DST e Aids. *Manual de Redução de Danos – saúde e cidadania*. Brasília: MS – CN DST&Aids; 2002. [Série Manuais Nº 42].

16. Flannery RB Jr, Walker AP. Safety skills of mental health workers: empirical evidence of a risk management strategy. *Psychiatr Q* 2003;74(1):1-10.

17. Scottish Executive Effective Interventions Unit (SEEU). *Needs Assessment: a practical guide to assessing local needs for services for drug users [online]*. Edingburg: SEEU; 2004. Available from: URL: <http://scotland.gov.uk/library5/health/nadu.pdf>

18. Tancredi FB, Barrios SRL, Ferreira JHG. *Planejamento em Saúde*. São Paulo: IDS-USP-Itaú; 1998. Disponível on-line: URL: <http://ids-saude.uol.com.br/SaudeCidadania/ed02/index.html>

19. Formigoni MLOS. *Organização e avaliação de serviços de tratamento a usuários de drogas*. In: Seibel SD, Toscano-Júnior A. *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu; 2001.

20. National Treatment Agency for Substance Misuse. *Models of care for treatment of adult drug misusers – framework for developing local systems of effective drug misuse treatment in England [online]*. London: Department of Health; 2003. Available from: URL: <http://www.nta.nhs.uk/publications/mocpart2/mocpart2feb03.pdf>

21. Department of Health. *Drug Misuse and dependence – guidelines on clinical management [online]*. Norwich (UK): Department of Health; 1999. Available from: URL: <http://www.doh.gov.uk/pub/docs/doh/dmfull.pdf>

Correspondência:

Marcelo Ribeiro
UNIAD (Unidade de Pesquisas em Álcool e Drogas) – UNIFESP
Rua Botucatu, 390
04023-000 São Paulo, SP, Brasil
E-mail: Marcelo@uniad.org.br