

62º exemplar depositado à Fundação
Final da Dissertação de Mestre,
apresentado à Faculdade de
Ciências Médicas / Unicamp, para
na obtenção do título de Mestre
em Ciências, área de Saúde Mental.
Bruno José Barcellos Fontanella Campinas, 18 de Novembro 1991

Prof. Dr. Dorgival Caetano
Orientador

TRATAMENTO DAS TOXICOMANIAS:

IMPASSES NA MEDICINA, TENTATIVAS DE RESPOSTAS -

DADOS SOBRE CAMPINAS (SP)

*Dissertação apresentada à Faculdade de
Ciências Médicas da Universidade Estadual
de Campinas como parte dos requisitos
necessários à obtenção do grau de Mestre
em Ciências, área de Saúde Mental.*

Orientador: Prof. Dr. Dorgival Caetano

Campinas - 1991

F736t

15288/BC

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

ERRATA

Página	§	linha	Onde se lê:	Leia-se:
vii	-	-	(cidades ou países) americanos	(cidades ou países) americanas
4	3	12	não he atribuindo	não lhes atribuindo
5	2	2	modalidades (esquemas)	modalidades ou esquemas
67	-	-	(cidades ou países) americanos	(cidades ou países) americanas
135	3	2	divididas	divididos
143	4	2 e 3	assistentes	assistentes
153	3	1	sem que não houvesse	sem que houvesse
154	1	1	dozes	doze
157	4	1	com tratar	como tratar
194	1	3	incorporasse	incorporassem
195	2	2	cada uma	em cada uma
197	1	2	atender	atenderem
198	1	3 e 4	"cura" condições médicas	"cura" de condições médicas
199	2	7	por e ex-toxicômanos	por ex-toxicômanos
205	1	6	se auxílio	sem auxílio

UNICAP	180
INSCRIÇÃO	
V.	EX
TEMPO B.	15233
PRCC.	215/92
C	☐
D	☒
PREÇO	000.000
DATA	16-1-92
Nº CPD	

CE-00019367-7

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

F735t Fontanella, Bruno José Barcellos, 1963-
Tratamento das toxicomanias: impasses na medicina, tentativas de respostas: dados sobre Campinas (SP)/ Bruno José Barcellos Fontanella. -- Campinas, SP : [S.n.], 1991.

Orientador: Dorgival Caetano.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Toxicomania. 2. Drogas - Abuso - Tratamento. 3. Toxicomania - Assistência em instituições. I. Caetano, Dorgival. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

20. CDD- 616.86
362.29

Índices para catálogo sistemático:

1. Toxicomania 616.86
2. Drogas: Abuso: Tratamento 616.86
3. Toxicomania: Assistência em instituições 362.29

A João Luiz e Sílvia.
A Lygia (in memoriam).

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Dr. Dorgival Caetano, pela orientação e incentivo.

À Profa Liliana A.M.Guimarães, pelo estímulo e pela sensibilidade empregada quando à chefia do Convênio entre a Secretaria da Saúde e o DPMP.

Aos Professores Doutores Roosevelt M.S. Cassorla, Maurício Knobel, Egberto R. Turato, Lídia Straus, Neury J. Botega, Raquel V. Fávero e Cláudio Fernandes pelas contribuições, em diferentes momentos e de diferentes maneiras, a este trabalho.

Às pessoas que gentilmente me relataram as características de seus serviços: Rozinez A.Lourenço, Pe. Carlos Bartles, Carlos Rezende, Mara S.C.Menezes, Eliete F.Santos, Thomaz C.G.Reis, Abrão Osório, Ademar Costa, Adailton Amorim, Adalcira Bezerra e aos membros do Grupo Luz de NA.

À secretária da Subcomissão de Pós-graduação em Saúde Mental, Sandra A.Moreno, por sua eficiente atuação.

À Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudos que me foi concedida a partir de março de 1991.

A meus pais, Décio e Maria José, e a meus irmãos Décio Luiz, Lygia Maria e Maria Clara (a ela também pela ajuda no Português), pela disponibilidade que apresentaram nos últimos meses. Pelo mesmo motivo agradeço a Mariana, Ivone, Ângela e Laura. A Carlos Macinatore e a Rosa Maria Pessoa agradeço de forma muito especial.

SUMÁRIO

<i>Lista de Tabelas, Quadros e Figura.....</i>	<i>vii</i>
<i>Resumo.....</i>	<i>viii</i>
<i>Abstract</i>	<i>ix</i>
I	INTRODUÇÃO GERAL..... 01
1.1	<i>Explicações preliminares 01</i>
1.2	<i>Plano de exposição 05</i>
II	INTRODUÇÃO AO TEMA DAS TOXICOMANIAS..... 07
2.1	<i>Definições 07</i>
2.1.1	<i>Considerações lexicológicas sobre as palavras adição, droga, tóxico, entorpecente, dependência e suas derivadas 07</i>
2.1.1.1	<i>Adição, adicto..... 08</i>
2.1.1.2	<i>Droga, drogado 09</i>
2.1.1.3	<i>Tóxico, toxicômano, toxicomania 10</i>
2.1.1.4	<i>Entorpecente 11</i>
2.1.1.5	<i>Vício, viciado 13</i>
2.1.1.6	<i>Dependência, dependente..... 13</i>
2.1.2	<i>Considerações sobre as definições operacionais 14</i>
2.1.2.1	<i>Antecedentes históricos: 7ª revisão, CID-8 e outros documentos anteriores à CID-9..... 15</i>
2.1.2.2	<i>CID-9 e CID-10 20</i>
2.1.2.3	<i>DSM-III e DSM-III-R 29</i>
2.2	<i>Aspectos médicos históricos..... 32</i>
2.2.1	<i>Fatores presumivelmente causais dos quadros de dependência de spa observados na atualidade 34</i>

2.2.1.1	Fatores sócio-econômicos	38
2.2.1.2	Disponibilidade do "agente": avanços técnico-industriais em Química e Farmácia.....	41
2.2.1.3	Fatores culturais	43
2.2.2	Peculiaridades históricas da "adictologia".....	47
2.3	Extensão do problema: dados epidemiológicos.....	51
2.3.1	Heterogeneidade populacional mal configurada	51
2.3.2	Técnicas de investigação em epidemiologia de dependência de <i>spa</i> e possíveis fontes de erro: informantes, entrevistadores e instrumentos de pesquisa	54
2.3.3	Outras fontes de erro na avaliação populacional do problema.....	57
2.3.4	A situação brasileira.....	58
2.3.4.1	Dados de estudos epidemiológicos	58
2.3.4.2	A situação brasileira comparada com a de outros países.....	64
III	ABORDAGENS ATUAIS DE ATENDIMENTO AO TOXICÔMANO..	69
3.1	Problemas teóricos e práticos dos atendimentos.....	69
3.1.1	Cientificidade x ideologia	70
3.1.2	Objetivos terapêuticos e sua avaliação.....	76
3.1.3	"Exclusividade" para toxicômanos	81
3.1.4	Voluntariedade nos atendimentos	84
3.1.5	Gratuidade	85
3.1.6	Diagnósticos múltiplos (comorbidade).....	86
3.1.7	"Ilegalidade do sintoma" e comportamentos antisociais dos toxicômanos	89
3.1.8	Anonimato	92
3.1.9	Sida.....	92
3.1.10	Baixa demanda e baixa "adesão" ao tratamento	93
3.2	Modelos e técnicas de atendimento atuais.....	95
3.2.1	Modelo psiquiátrico	99
3.2.2	Modelo comportamental	101
3.2.3	Modelo relacional.....	103
3.2.4	Programa dos 12 Passos	105

3.2.5	<i>Outras</i>	112
3.3	<i>O que se pratica no Brasil?</i>	112
3.3.1	<i>Serviços ambulatoriais</i>	113
3.3.1.1	<i>Centros regionais de referência do CONFEN</i>	115
3.3.1.2	<i>Outros serviços ambulatoriais</i>	118
3.3.2	<i>Serviços de hospitalização integral</i>	119
3.3.3	<i>Serviços de hospitalização parcial</i>	122
3.3.4	<i>Comunidades terapêuticas</i>	124
3.3.5	<i>Quem procura os serviços?</i>	127
3.3.6	<i>Comentários</i>	129
3.3.7	<i>Alguns dados sobre a assistência em Saúde Mental em Campinas</i>	130
V	DADOS SOBRE CAMPINAS	133
4.1	<i>Metodologia</i>	133
4.1.1	<i>Os serviços estudados</i>	133
4.1.2	<i>O instrumento e as entrevistas</i>	135
4.1.3	<i>Análise e apresentação dos dados</i>	136
4.2	<i>Resultados</i>	137
4.2.1	<i>Características gerais dos serviços</i>	137
4.2.2	<i>Centro Assistencial "Cristo te Ama"</i>	145
4.2.3	<i>"Fazenda do Senhor Jesus"</i>	152
4.2.4	<i>"Amorexigente"</i>	158
4.2.5	<i>Centro de Atendimento e Orientação (CAO)</i>	163
4.2.6	<i>Centro de Orientação ao Menor de Campinas (COMEC)</i> ..	168
4.2.7	<i>Serviço de Psicologia da Casa de Detenção de Campinas (CD)</i>	172
4.2.8	<i>Centro de Recuperação "Pelotão de Cristo"</i>	176
4.2.9	<i>Centro de Reeducação do Menor "Dom Bosco" (CEREM Dom Bosco)</i>	180
4.2.10	<i>"Grupo Luz" de Narcóticos Anônimos</i>	185
4.2.11	<i>Projeto "Casa Aberta"</i>	189

V	COMENTÁRIOS E CONCLUSÕES.....	192
5.1	<i>Comentários</i>	<i>192</i>
5.1.1	<i>Sobre a metodologia empregada</i>	<i>192</i>
5.1.2	<i>Sobre as características gerais dos serviços.....</i>	<i>194</i>
5.1.3	<i>Sobre os atendimentos.....</i>	<i>197</i>
5.1.4	<i>Sobre a clientela atendida</i>	<i>202</i>
5.2	<i>Conclusões.....</i>	<i>203</i>
 <i>ANEXOS 1,2,3,4 e 5.....</i>		<i>208 - 213</i>
 <i>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</i>		<i>214</i>

Lista de Tabelas, Quadros e Figura

	<i>página</i>
<i>Tabela 1</i>	<i>Frequência do uso de spa entre universitários de Brasília (DF), em 1986 62</i>
<i>Tabela 2</i>	<i>Taxas de prevalência de consumo de algumas spa pelo menos uma vez na vida entre estudantes de primeiro e segundo graus, de acordo com três estudos brasileiros 62</i>
<i>Tabela 3</i>	<i>Prevalência de consumo de algumas spa por estudantes em algumas localidades (cidades ou países) americanos 67</i>
<i>Tabela 4</i>	<i>Prevalência de consumo de algumas spa entre "menores de rua" de acordo com dois trabalhos latino-americanos 68</i>
<i>Quadro 1</i>	<i>Alguns eventos históricos em adictologia 42</i>
<i>Quadro 2</i>	<i>Algumas características descritivas das instituições de atendimento de toxicômanos da região de Campinas.....138-142</i>
<i>Figura 1</i>	<i>Rede de multiplicidade causal das toxicomanias 37</i>

RESUMO

Alguns dos serviços que atendem aos toxicômanos não se fazem conhecer através de publicações e encontros científicos na área de Saúde Mental.

Com o intuito de aumentar a compreensão sobre as práticas relacionadas ao atendimento dos toxicômanos, foi feito um estudo documental acerca de dez instituições situadas em Campinas (SP) e região próxima e que atendem, especificamente ou não, a esta população.

Fontes documentais não escritas (entrevistas semi-dirigidas com profissionais das instituições) foram utilizadas com o objetivo de compreender alguns aspectos da prática desses serviços. Uma revisão da literatura médica foi empreendida com a finalidade de situar o problema geral das toxicomanias (e, em particular, sua terapêutica), procurando facilitar, assim, o entendimento das práticas pesquisadas.

As características relatadas pelos entrevistados sugerem, entre outros fatores, a seguinte situação: participação minoritária de profissionais da área de saúde entre aqueles que lidam com os toxicômanos nas instituições da região; ausência de psiquiatras nestes serviços; preponderância de utilização de princípios religiosos; não atendimento de toxicômanos com diagnósticos psiquiátricos duplos e a não utilização de critérios formais, ou mesmo informais, de avaliação destas práticas.

ABSTRACT

"Drug dependence treatment: dilemma in Medicine, attempts to understand: data about Campinas (SP, Brasil)"

Some of the facilities that look after drug dependents do not make themselves known through scientific publications and/or meetings in mental health.

In a effort to further understand the practices carried out by these services, a documental study was carried out concerning 10 institutions located in Campinas (and nearby areas).

Besides documental sources, a semi-structured interview was applied to the professionals of those institutions with the purpose of investigating their procedures. A literature review was undertaken in order to point out the difficulty in dealing with drug dependents, particularly their treatment, and to facilitate the comprehension of the surveyed facilities' practices.

The features of the facilities reported suggest, amongst other factors, the following: a minor participation of mental health professional specialized in drug addiction treatment; absence of psychiatrists in those facilities; the use of predominantly religious principles; no medical care for double psychiatric diagnosis drug dependents and no use whatsoever of any evaluation criteria of those practices.

I INTRODUÇÃO GERAL

1.1 EXPLICAÇÕES PRELIMINARES, OBJETO E OBJETIVOS DO TRABALHO

O uso, abuso e dependência das atualmente chamadas substâncias psicoativas ilícitas vêm sendo alvo de atenção especial de autoridades científicas e governamentais desde o final do século XIX. Esta questão mostrou-se altamente mutável quanto aos significados culturais que lhe são atribuídos e, aparentemente, adquiriu um **status** definitivo de problema médico nas primeiras décadas do século XX, exatamente quando surgem as primeiras sanções legais ao consumo.

A Psicologia, a Psicanálise, a Antropologia, o Direito e a Medicina têm procurado acompanhar este fenômeno singular quanto à complexidade de fatores envolvidos em seu surgimento, tanto do ponto de vista coletivo quanto do individual.

A Medicina, em particular a Psiquiatria, tem sido uma das ciências que mais se dedica ao tema, como não poderia deixar de ser, dadas as graves extensões psico e fisiopatológicas potenciais da dependência e abuso de substâncias psicoativas (spa). No entanto, apesar de os primeiros estudos psiquiátricos e psicanalíticos terem sido iniciados há

mais de setenta anos, observa-se que as ciências da saúde vêm com ceticismo as possibilidades de um tratamento eficaz quando a dependência já está instalada. Dados da UNESCO (citados por BUCHER & COSTA, 1988) estimam uma probabilidade de 20 a 30% de rompimento definitivo da dependência; isto na melhor das hipóteses, quando o indivíduo procura ajuda por motivação própria.

Não existem, até o momento, dados estatísticos confiáveis acerca da possibilidade de remissões espontâneas dos quadros de dependência de spa, embora isto ocorra, com certeza, em alguns indivíduos.

Tem-se, na verdade, uma carência de dados epidemiológicos sobre toxicomanias, sobretudo nos países subdesenvolvidos. Para isto devem contribuir os sérios entraves metodológicos para pesquisar, por exemplo, a prevalência de reais dependentes em uma dada população. Pesquisas sobre o uso são mais facilmente exequíveis.

No Brasil, os dados sobre epidemiologia do uso de spa levam a crer que este fenômeno não constitui problema de saúde pública ou, ao menos, não o é prioritariamente. O alarde que alguns veículos de comunicação promovem parece dever-se mais às questões macropolíticas, macroeconômicas e policiais envolvidas no tráfico. O advento da epidemia da síndrome de imunodeficiência adquirida (SIDA) vem acrescentar fatores complicadores a esta análise, pois a letalidade relacionada ao uso de spa injetáveis pode aumentar substancialmente, como já vem ocorrendo.

A ausência de dados que proporcionem uma idéia global do problema em termos epidemiológicos e a relativa ineficácia das técnicas terapêuticas utilizadas atualmente fazem com que os profissionais de saúde vivam um quadro de ceticismo terapêutico. Isto ocorre mesmo onde se dis-

põe de recursos caros e sofisticados, como nos países desenvolvidos.

Diante desta situação, há de se considerar como premente uma revisão conceitual acerca dos seguintes tópicos:

a) Do fenômeno abuso e dependência de spa que, apesar das conotações sócio-econômico-culturais evidentes e sempre lembradas pelos teóricos do assunto, constitui-se uma entidade nosológica sempre reafirmada pela nosografia psiquiátrica, apesar de não serem verificadas ainda relações etiopatogênicas e de não serem descritos mecanismos fisiopatológicos claros, fatores necessários para se definir doença ou síndrome. Consideramos aqui o abuso e dependência de spa de consumo ilícito como um objeto de estudo específico (e tema deste trabalho). Trata-se de fenômenos sem dúvida próximos ao alcoolismo, tabagismo e dependência de benzodiazepínicos; mas cada um desses quadros guarda especificidades que parecem justificar seu estudo em separado, principalmente fatores de natureza sócio-cultural.

b) Das modalidades terapêuticas utilizadas em relação a este diagnóstico que, talvez, devam seu relativo insucesso também à referida insuficiente delimitação do fenômeno a ser "tratado". Aqui, os terapeutas de qualquer linha parecem basear-se antes em axiomas advindos do estudo de outros problemas de saúde do que em fatos verificados no campo específico das toxicomanias.

Conforme será visto, a opinião de importantes clínicos pode variar amplamente até mesmo acerca de pressupostos fundamentais, como por exemplo, se se procede ou não a tratamentos compulsórios, se se deve internar ou não casos não complicados, se alcoolistas devem ou não ser tratados conjuntamente.

Tem-se, assim, grandes dificuldades em se preconizar medidas terapêuticas razoavelmente próximas a um consenso nesta área das toxicomanias. As alternativas são muitas e, certamente, precisam mesmo variar de acordo com especificidades regionais. O problema que se coloca, no entanto, é que o amplo leque de opções não se deve à existência de muitas alternativas altamente eficazes mas sim à quase completa falta de opções terapêuticas com eficácia ao menos razoável e replicável em outros locais.

Não se trata de valorizar a busca por uma visão hegemônica acerca deste assunto (o que seria especialmente perigoso, dadas as implicações políticas e econômicas do problema), mas de verificar que os relativos avanços terapêuticos em outras áreas da Psiquiatria nas últimas décadas não se estenderam, na mesma medida, às toxicomanias.

Dois fatores agravam esta situação de incerteza terapêutica, já que impõem a premência de medidas práticas no campo da prevenção primária e do tratamento. O primeiro refere-se à situação caótica do sistema público de saúde mental em vigor no país. Em relação às toxicomanias, são poucos os programas de tratamento que procuram ser racionais em sua busca de eficácia. O "vácuo" que se segue passa a ser preenchido por vários empreendimentos que acabam por resultar em uma laicização dos atendimentos aos toxicômanos assim como privilegiar o atendimento de uma demanda a partir somente de determinantes mercadológicos, no setor privado. A medicina pública brasileira parece fazer, no máximo, a incorporação dos toxicômanos ao esquema psiquiátrico tradicional, visando suprimir sintomas emergenciais, não lhe atribuindo qualquer especificidade.

O segundo fator refere-se à epidemia de SIDA, que gera urgên-

cia em se estabelecer medidas de prevenção em relação à contaminação e, por extensão, a alguns padrões de prática toxicomaníaca.

Dentro desta perspectiva, exposta nestes parágrafos, constituem objeto desta investigação as modalidades (esquemas) terapêuticos em vigor atualmente no Brasil e que se constituem em "serviços especializados". Em consequência, constitui-se objetivo geral do trabalho o estudo de instituições públicas ou sem fins lucrativos que atendam, especificamente ou não, a toxicômanos. As instituições situadas na região de Campinas (SP) foram eleitas alvo de estudo por tratar-se, esta região, de local onde a rede assistencial é suficientemente complexa para servir de exemplo à situação de outras regiões do país.

Os objetivos específicos são: a) verificar a natureza destas instituições, suas origens, seus propósitos, sua inserção na rede assistencial da região de Campinas; b) verificar a forma de atendimento dado aos sujeitos e os princípios que norteiam esta prática e c) verificar quais os problemas enfrentados por estes serviços e como lidam com eles. Dentre os objetivos decorrentes estará a proposição de medidas que visem melhorar qualitativamente a prática atual.

1.2 PLANO DE EXPOSIÇÃO

Seguem-se a este mais quatro capítulos.

Os capítulos II e III resultaram da revisão bibliográfica sobre diversos aspectos das toxicomanias. O capítulo II faz uma introdução a algumas faces da questão. Serão abordados: as definições em uso atualmente, os fatores que contribuíram para a atual configuração do

fenômeno, as peculiaridades históricas da "adictologia" e a situação brasileira referente à epidemiologia nesta área. O capítulo III abordará os problemas teóricos e práticos das modalidades terapêuticas atuais e alguns modelos comumente empregados; faz-se também uma revisão bibliográfica sobre as práticas terapêuticas no Brasil. Neste ponto, observa-se que o material publicado, em geral relatando serviços universitários, não parece refletir o que se faz mais frequentemente no país. Se se toma como exemplo a situação de Campinas (SP), verifica-se que os serviços não publicam sobre as características de sua atuação e o acesso a esta prática somente se tem a partir do conhecimento *in loco*.

O capítulo IV é o relato do trabalho empreendido. Basicamente foi feita uma pesquisa documental a partir de fontes documentais não escritas (entrevistas semi-abertas) versando sobre os serviços alvos do estudo. A metodologia empregada é explicitada e os resultados são mostrados, descrevendo-se cada um dos serviços.

No capítulo V procura-se discutir os resultados, traçando-se um paralelo entre a situação encontrada e a revisão bibliográfica feita.

Cabe observar, neste capítulo inicial, que ao longo de todo o texto serão mencionadas as substâncias psicoativas (que serão abreviadas por **spa**). Por esta expressão se entenderá o conjunto de substâncias psicotrópicas associadas a abuso e dependência e que sejam de comércio e/ou uso ilícito; não são incluídas, portanto, nesta expressão, o álcool, tabaco e benzodiazepínicos e outros medicamentos prescritos psicofarmacoterapeuticamente.

II INTRODUÇÃO AO TEMA DAS TOXICOMANIAS

2.1 DEFINIÇÕES

"Em matéria de toxicomania, tudo é problemático, tudo é discutível, tudo é polêmico, a começar pela própria palavra" (BUCHER, 1988, p.34).

Mesmo em um trabalho que objetive abordar apenas um dos vários aspectos desta condição (nomeadamente, a questão da terapêutica das toxicomanias), o mais apropriado parece ser iniciar com uma ordenação dos conceitos a ela referentes. Agindo de outra forma, corre-se o risco de aumentar inutilmente a polêmica que cerca as toxicomanias, ao invés de se procurar aclarar a discussão.

2.1.1 Considerações lexicológicas sobre as palavras *adição, droga, tóxico, entorpecente, vício, dependência e suas derivadas*

O objetivo aqui é explicitar os significados usuais dos termos mais empregados quando o assunto é o uso e abuso de spa. Partindo dos significados encontrados em alguns dicionários¹, serão feitos comen-

¹ Os dicionários consultados foram dois: FERREIRA, A.B.H.- *Novo Dicionário Aurélio de Língua Portuguesa*, 2ª ed. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986 e FARIA, E.- *Dicionário Escolar Latino-Português*, 6ª ed. Rio de Janeiro, FAE, 1985.

tários sobre a propriedade do uso desses termos, sem a preocupação, por ora, com a questão da operacionalidade do emprego de um ou outro, o que será abordado na seção seguinte (2.1.2).

2.1.1.1 Adição, adicto

A palavra adição é utilizada em alguns textos brasileiros nas expressões "adição a drogas" e "drogadição" assim como, também, utilizam-se "adicto a drogas" e "drogadicto"¹.

Adição², em português, refere-se ao verbo adir, palavra que tem dois significados e origens latinas diferentes:

ADIR. [Do lat. adire] Entrar na posse de (os bens de herança).

ADIR. [Do lat. addere] 1. Acrescentar, juntar, ajuntar, adicionar. 2. Agregar, incorporar. 3. Juntar-se, ligar-se, aliar-se, unir-se, coligar-se.

ADICTO. [Do lat. addictu] 1. Afeiçoado, dedicado, apegado. 2. Adjunto, adstrito, dependente.

ADIRE. I.1. Ir em direção a, aproximar-se. Daí, em língua militar: 2. Avançar. II. Sentido figurado: 3. Empreender, encarregar-se de. 4. Ir encontrar. 5. Recorrer a, invocar, consultar. 6. Expor-se a, afrontar. Na língua jurídica: 7. Aceitar, tomar.

ADDERE. I. Sent. próprio: 1. Dar o assentimento a, aprovar. 2. Por à venda, vender. 4. Consagrar, dedicar, entregar.

ADDICTUS. Part. pass. de addere.

ADDICTUS. Escravo por dívida.

Parece, portanto, que os significados originais de adição que mais se aproximam de seu significado atual na expressão "drogadição" são aqueles relacionados ao verbo latino adire. Observa-se que tais significa-

¹ "Drogadicto" não consta dos dicionários comuns nem dos dicionários médicos. A expressão parece derivar diretamente do inglês "drug addict".

² "Drogadição" também é usado em português, mas a palavra que originaria a expressão não consta dos dicionários ("adicação").

dos denotam, por um lado, **iniciativa** do sujeito (ir encontrar, aproximar-se) e, por outro lado, um **oferecimento** seu à iniciativa de outrem (recorrer a, expor-se a, consultar).

Estas significações, que sugerem ao mesmo tempo atividade e passividade, vão ao encontro de uma abordagem naturalística possível das toxicomanias: "No caso das drogas o homem é ao mesmo tempo o hospedeiro e o agente. Na medida em que tem parte ativa na procura da droga, ele compartilha com ela a função de agente [da doença]" (MASUR, 1987, p.11).

Por outro lado, um dos significados de **addictus** (escravo por dívida) é explorado por KALINA & KOVADLOF (1988):

Addictum (...) designava o homem que, para pagar uma dívida, se convertia em escravo por não dispor de outros recursos para cumprir o compromisso contraído. Addictum era aquele que se assumia como marginal(...) Em síntese: tratava-se de uma pessoa que não soube ou não pôde preservar aquilo que lhe conferia identidade(...) Através da renúncia a sua identidade verdadeira mas insustentável o adicto [a drogas] restabelece o equilíbrio social perdido em virtude de sua inadimplência (p.24).

2.1.1.2 Droga, drogado

Talvez sejam estas as expressões mais usadas atualmente tanto por profissionais de saúde quanto por leigos ou pela imprensa. Isto contrasta com o emprego preferencial de tóxico e toxicômano nos textos bra-

sileiros da primeira metade do século. Aqui são mencionados alguns dos significados:

DROGA. 1. Medicamento. 2. Medicamento ou substância entorpecente, alucinógena, excitante, etc (como, p.ex., a maconha, a cocaína), ingeridos em geral como o fito de alterar transitoriamente a personalidade: " -Você tomou bebida ou foi alguma droga?" (Antônio Olinto, Copacabana, p.25.) 3. Fig. Coisa de pouco valor. 4. Coisa enfadonha, desagradável. **Dar em droga.** 1. Desacreditar(-se), prostituir(-se).

DROGADO. Diz-se de, ou aquele que ingeriu droga [sentidos 1 e 2, acima].

Como no inglês (*drug*), no português a palavra droga tem os dois significados de "medicamento" e "tóxico". No entanto, o uso corrente feito em português desta palavra parece aproximar-se do uso de *drogue*, em francês, "aquilo que é mau em seu gênero" (TOUZEAU, 1991, p.19).

De acordo com COSTA (1989), o termo droga "se faz acompanhar de significações subjetivas e negativas, o que dificulta sua utilização em contextos que se pretendem objetivos" (p.54). No entanto, o termo é de uso e conhecimento popular (talvez só comparado a tóxico), o que dificultaria sua preterição em favor de psicotrópico, fármaco ou substância psicoativa, expressões mais "neutras", menos investidas de significações morais.

2.1.1.3 Tóxico, toxicômano, toxicomania

BUCHER (1988) prefere toxicomania às outras designações usuais desta condição, pois apóia-se na concepção popular de uma "mania" por drogas. "Não será esta noção no fundo menos pejorativa e menos moralista do que aquela de 'vício', e mais perto do sentido popular e, por-

tanto, menos abstrata do que 'farmacodependência'? (p.35). Por outro lado, a palavra tóxico parece associar-se, mesmo popularmente, a "veneno", "substância que destrói", o que apenas parcialmente corresponde ao que se sabe atualmente.

Nesta dissertação, opta-se pelo emprego destas expressões. O emprego de toxicomania em geral remete o leitor à idéia de uso de substâncias de consumo ilícito, nosso interesse aqui. Também se usará "abuso e dependência de substâncias psicoativas (spa)", em referência às ilícitas, que, no entanto, é uma expressão longa; será utilizada em algumas passagens, como sinônima de toxicomania.

Nos dicionários, encontram-se:

TÓXICO: [Do grego toxikón (subentende-se phármakon), 'veneno que convém ao arco e à flecha', pelo lat. toxicum.] 1. Que envenena. 2. Que tem a propriedade de envenenar. 3. Veneno, peçonha.

MANIA. [Do grego manía, 'loucura', pelo lat. mania.] {Entre outros significados:] 1. Fig. Excentricidade, extravagância, esquisitice. 2. Gosto exagerado ou imoderado por alguma coisa; obcecação resultante de desejo imoderado. 3. Mau costume, hábito prejudicial. 4. Idéia fixa doentia, obsessão.

2.1.1.4 Entorpecente

ENTORPECENTE: Adj. 1. Que entorpece. S.m. 2. Substância tóxica que produz estado agradável de embriaguez, e a que o organismo se habitua, vindo a tolerar grandes doses, mas que provocam a necessidade de seu uso, o qual acarreta progressivas perturbações físicas e morais; estupefaciente.

ENTORPECER. V.t.d. 1. Causar torpor a. 2. Tirar a energia; enfraquecer; debilitar, entibiar, enervar. 3. Retardar ou suspender o movimento ou ação. 4. Desalentar-se, desfalecer, esmorecer.

ESTUPEFACIENTE. S.f. Que causa estupefação.

ESTUPEFAÇÃO. S.f. 1. Adormecimento. Fig. 2. Pasma, assombro, espanto.

O significado de entorpecente listado no número 2 acima é, na verdade, uma tentativa de alargamento do sentido do termo. Em sua primeira edição, o "Novo Dicionário Aurélio" define entorpecente como a "substância tóxica (...) que produz uma espécie de inibição dos centros nervosos(...)", não havendo referências às "perturbações morais" como na segunda edição.

Em Farmacologia, o termo é reservado às substâncias cuja ação principal é embotar ou insensibilizar; isto é, principalmente os opióides. Narcótico (do grego *nârke*, torpor, entorpecimento) tem o mesmo sentido estrito. Assim, dificilmente estes termos poderiam ser aplicados, sem reservas, por exemplo, à cocaína. Na verdade, os significados estritos de entorpecente e narcótico não são aplicáveis imediatamente às substâncias psicotrópicas tidas como as mais problemáticas no Brasil (entre as de comércio ilícito).

Apesar disto, o termo é ainda bastante empregado, sobretudo nos textos legais¹. Tal emprego parece basear-se em uma convenção da maioria dos países ocidentais o que, no entanto, não justifica o equívoco terminológico cometido (COSTA, 1989).

A discussão sobre a conveniência e extensão do conceito de entorpecente é antiga. Em um texto da década de 1930, um autor brasileiro discute a propriedade do uso do termo no Decreto nº24.505, de junho de 1934 (que normatizava o comércio e venda de "entorpecentes" no país) e indaga: "E se não for clara a premissa, como poderá ser-o a consequência?" (MINGOJA, 1936, p.1).

¹ Na Lei nº6.368, de 1976, a "Lei Anti-Tóxicos" em vigência, encontra-se: "Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes(...)."

2.1.1.5 Vício, viciado

VÍCIO: [Do lat. *vitiu*.] S.m. 1. Defeito grave que torna uma pessoa ou coisa inadequadas para certos fins ou funções. 2. Inclinação para o mal. 3. Costume de proceder mal; desregramento habitual. 4. Conduta ou costume censurável ou condenável; libertinagem; licenciosidade, devassidão. 5. Qualquer deformação física ou funcional. 6. Bras. N.E. Pop. Hábito de comer terra.

VICIADO. Adj. Que tem vício ou defeito. 2. Corrupto, impuro. 3. Falsificado, adulterado.

VÍCIO. 1. Contrário de virtude; hábito ou disposição irracional. 2. O sentido mais geral de vício é a falta ou o defeito de uma característica que um objeto qualquer (no sentido mais amplo) deveria ter conforme uma regra ou norma que a ele diz respeito.

Esta última definição foi retirada de ABBAGNANO¹.

Talvez não existam termos referentes ao abuso de spa de uso tão pouco apropriado quanto estes. Se se atém aos seus significados estritos, verifica-se que seu uso traz imediatamente a expressão de um julgamento moral negativo que não se justifica com os conhecimentos atuais.

O emprego destes termos pode, entretanto, estar baseado no significado do verbo latino *vitio*:

VITIO: 1. Sent. próprio: viciar, alterar, corromper, estragar. 2. Daí: adulterar, falsificar. 3. Onde: violar, ultrajar, desonrar.

"Vício por drogas" poderia ter, portanto, um significado original mais "atenuado" do que o sugerido inicialmente: a falsificação ou alteração do prazer ou dos sentidos.

2.1.1.6 Dependência, dependente

Estes termos são utilizados frequentemente e em diversos idio-

¹ ABBAGNANO, N.- *Dicionário de Filosofia*. São Paulo, Mestre Jou, 1982.

mas, sendo adotado nos sistemas de classificação nosográfica em uso atualmente (CID-10 e DSM-III-R). Foram recomendados inicialmente em 1964, em documento editado pela Organização Mundial da Saúde, como será visto em 2.1.2.1 (o uso ocorreu inicialmente nas expressões "farmacodependência" e "farmacodependente (do grego **phármakon**, medicamento). Desde então são de uso corrente. Apesar de sua aceitação abrangente, seu emprego suscita confusão em algumas situações, conforme abordado em 2.1.2.

DEPENDÊNCIA. [Do lat. dependentia.] S.f. 1. Estado ou caráter do dependente. 2. Sujeição. 3. Acessório, complemento, anexo.

DEPENDENTE. [Do lat. dependente] Adj. 1. Pessoa que não dispõe de recursos para promover a sua subsistência. 2. Pessoa que vive a expensas de outra.

DEPENDERE. V.tr. Sentido próprio: 1. Pender de, estar dependurado. Sentido figurado: 2. Depender, derivar.

2.1.2 Considerações sobre as definições operacionais

Procurar-se-á agora analisar uma questão situada mais ao nível operacional: o emprego de expressões e definições propostas em tentativas de âmbito internacional de se convencionar a comunicação entre os profissionais de saúde na área de abuso e dependência de spa.

É inegável que a Organização Mundial da Saúde (OMS) constituiu-se em um marco referencial através principalmente da Classificação Internacional das Doenças, atualmente em sua décima revisão (CID-10). Ela será estudada nesta seção, assim como as CIDs-7,8 e 9.

Outra referência importante é a Associação Psiquiátrica Americana, com seu Manual Diagnóstico e Estatístico dos Distúrbios Mentais, atualmente em sua terceira edição revisada (DSM-III-R), de 1987. Ela exerceu reconhecida influência sobre a CID-10.

Estes dois grandes sistemas de classificação dos distúrbios mentais são expressão de uma provável emergência de uma corrente neo-kraepeliniana na Psiquiatria (AKISKAL, 1989); valorizam definições que enfatizam a **descrição** (restringido-se a dados observáveis) e a **operacionalidade** (usando métodos fidedignos para avaliar as manifestações dos distúrbios psiquiátricos).

Sem querer entrar no mérito específico dos fundamentos epistemológicos deste enfoque empiricista-operacional do DSM-III-R e da CID-10, mencionaremos aqui suas definições relativas ao uso e abuso de spa.

2.1.2.1 Antecedentes históricos: 7ª revisão, CID-8 e outros documentos anteriores à CID-9

Os esforços dirigidos à adoção internacional de uma classificação de doenças inicia-se em 1900 com a Primeira Conferência de Revisão da Classificação Internacional de Causas de Morte¹. A conferência foi realizada em Paris (França), sob o patrocínio do governo francês, e contou com a participação de delegados de 26 países. Em 1909 e 1920 ocorreram a 2ª e a 3ª conferências de revisão, ainda convocadas pelo governo daquele país. a 4ª (1929) e 5ª (1938) revisões foram elaboradas sob a coordenação da Organização de Higiene da Liga das Nações (OPAS-OMS, 1969).

Em 1948, a 6ª revisão estabeleceu as Listas Internacionais de Causas de Morbidade, em adição à Lista de Causas de Morte, já sob o patrocínio da recém-fundada Organização Mundial da Saúde (OPAS-OMS, 1969).

A 7ª revisão (1955) apenas corrige erros e incoerências da 6ª e

¹ Uma lista de causa de mortes para uso internacional foi formulada pela primeira vez em 1855 durante o 2º Congresso Internacional de Estatística, realizado em Paris. A lista foi baseada no modelo elaborado por William FARR (1808-1883), que classificava as doenças a partir de sua localização anatômica, e serviu de base para as classificações posteriores. Em 1883, O Instituto Internacional de Estatística adotou a classificação elaborada por Jacques BERTILLON (1851-1922), cuja primeira revisão ocorre em 1900 (OPAS-OMS, 1969).

inicia os preparativos da CID-8, que iria trazer grandes novidades, conforme se previa.

Com respeito aos quadros de dependência despa, consta da nomenclatura da 7ª revisão (BRASIL, 1964)¹:

322 - Alcoolismo

302.0 Alcoolismo agudo

302.1 Alcoolismo crônico

302.2 Alcoolismo não especificado

323 - Outras toxicomanias

A abordagem separada do álcool e das "outras" spa era preconizada desde o fim da década de 1940 (OMS, 1950, citado em OMS, 1967)² e a 7ª revisão refletiu isto, como se vê.

Não se explicitou nesta classificação o que se deveria entender pela designação de toxicomanias. O conceito havia, no entanto, sido explicitado três anos antes (1952) através de documento redigido por um comitê de especialistas designados pela OMS (e citado por MELO, 1981³):

Estados de intoxicação periódica ou crônica, tidos por prejudiciais ao indivíduo e à sociedade, e engendrados pelo consumo repetido de uma droga, natural ou sintética. São suas características fundamentais: a) desejo invencível, necessidade ou obrigação de continuar consumindo a droga e de, conseqüentemente, tentar obtê-la por todos os meios; b) tendência a aumentar as doses; c) criação de um estado de dependência de ordem psíquica, e às vezes física com relação aos efeitos da droga (p.165).

¹ Não se teve acesso às classificações anteriores à 7ª revisão, razão pela qual serão analisados somente os conceitos e definições a partir de 1950.

² WHO - Technical Report Series nº 9.

³ A referência completa não é fornecida por este autor.

Esta definição foi rapidamente contestada dentro da própria OMS, surgindo então uma diferenciação entre toxicomania e habituação, esta última relativa às drogas que não produzissem "intoxicação crônica" e não fossem nocivas ao indivíduo ou à sociedade, por exemplo, citava-se o tabaco (MELO, 1981). De qualquer forma, nesta época, as dificuldades de uma delimitação conceitual do que se deveria entender por toxicomania não era percebida como tarefa fácil:

Con el proposito de llegar a algún resultado práctico se ha convenido en que serviría de poco detenerse a discutir la definición de toxicomanía, ya que los puntos de vista son muchos y muy diversos cuando se trata de precisar cuáles son sus caracteres esenciales (...)
(OMS, 1957, p.3).

A definição de 1952, citada anteriormente, além de não ressaltar que alguns indivíduos podem usar spa periodicamente sem se configurar o quadro completo de toxicomania, é redundante com relação ao "estado de dependência psíquica" ("desejo invencível" e "estado de dependência psíquica"). A "tendência a aumentar as doses" pode ser tolerância farmacológica ou fazer parte do "desejo invencível" e isto não é especificado. Parece igualmente falhar a definição em não especificar que tipo de "prejuízo" ao indivíduo ou à sociedade se está referindo. Pode-se subentender a partir destas expressões um juízo de valor negativo em relação aos toxicômanos, associando-os a atitudes antisociais.

Em 1965 ocorreu a Oitava Conferência de Revisão da qual resultou a CID-8, que estrutura da seguinte forma os problemas médicos relativos à dependência de spa (OPAS-OMS, 1969):

303 Alcoolismo

- 303.0 Excesso alcoólico episódico
- 303.1 Excessos alcoólicos habituais
- 303.2 Dependência do álcool
- 303.3 Outras formas de alcoolismo ou não especificado
- 304 Dependência de drogas**
- 304.0 Ópio, alcalóides do ópio e seus derivados
- 304.1 Analgésicos sintéticos de efeitos parecidos aos da morfina.
- 304.2 Barbitúricos
- 304.3 Outros hipnóticos e sedativos e "tranquilizantes"
- 304.4 Cocaína
- 304.5 *Cannabis sativa*
- 304.6 Outros psicoestimulantes
- 304.7 Alucinógenos
- 304.8 Outras
- 304.9 Droga não especificada

Aqui também as condições clínicas mencionadas não são definidas. Definições de "dependência de droga" constam, no entanto, de outros escritos editados pela OMS nesta época. Ressalte-se ser esta a primeira vez que a expressão "dependência" é utilizada nos textos desta organização:

Um estado que resulta da absorção periódica ou continuamente repetida de uma determinada droga. Suas características irão variar de acordo com o agente envolvido mas "dependência de drogas" é uma expressão geral selecionada por sua aplicabilidade a todos os tipos de abuso de drogas e não carrega uma conotação relativa ao risco para a saúde pública ou à necessidade de um tipo de controle particular. (...)Indivíduos podem se tornar dependentes de uma larga variedade de substâncias químicas com efeitos farmacodinâmicos variando da estimulação à depressão. (...)Todas são capazes de criar um estado mental em certos indivíduos que é de-

nominado dependência psíquica(...) Algumas drogas também induzem a dependência física(...) (OMS, 1964, citada em OMS, 1967, p.6-7¹).

Note-se que "dependência" é utilizado também para o álcool (o álcool considerado como uma das drogas que podem associar-se a este quadro) porque "a consistência do padrão das ações farmacodinâmicas é suficientemente uniforme para permitir uma delineação acurada" de suas características e do quadro de dependência (OMS, 1964, citada em OMS, 1967¹). Uma abordagem conjunta dos problemas relativos ao álcool e às outras drogas passou a ser defendida com frequência (OMS, 1967), apesar de na CID-8 permanecerem em grupos separados.

A partir desta época a expressão e o conceito de "dependência" passaram a ter larga aceitação no meio médico. A diferenciação entre dependência física e psíquica se estabeleceu mais claramente, assim como o papel de ambas na definição do estado clínico de dependência.

Diferentemente da definição de 1952, os riscos para a saúde pública não são mais considerados relevantes na definição. Além disso, um estado intermediário entre dependência e o uso passou a ser admitido na definição de 1964.

No entanto, à parte estes avanços, fica evidente o caráter vago da definição de dependência, "um estado que resulta da absorção periódica ou continuamente repetida de uma determinada droga" (CALANCA, 1991). Não foram estabelecidos critérios diagnósticos que operacionalizassem o emprego dos conceitos de "dependência", "dependência física" e "dependência psíquica".

¹ World Health Organization - Technical Report Series nº 287.

Em 1969, especialistas da OMS propuseram o termo "farmacodependência" e assim o definiram:

Estado psíquico e, por vezes, físico, resultante da interação de um organismo vivo e um medicamento, caracterizando-se por modificações do comportamento e outras reações, que incluem sempre um impulso para tomar o medicamento de uma maneira contínua ou periódica, com o fim de reencontrar seus efeitos psíquicos e, algumas vezes, evitar o mal-estar ocasionado pela abstinência. Este estado pode ser acompanhado ou não de tolerância. Um mesmo indivíduo pode ser dependente de vários medicamentos" (OMS, 1969, p. 6).

Esta definição já havia sido proposta anteriormente por EDDY e Cols (1965).

2.1.2.2 CID-9 e CID-10

Uma conceituação praticamente idêntica foi utilizada na CID-9 (1975), tanto para a "síndrome de dependência ao álcool" como para a "dependência de drogas", codificadas separadamente (OMS, 1978):

Estado psíquico e, por vezes, também físico, resultante do uso de uma droga [ou álcool], caracterizado por reações de comportamento e outras que sempre incluem uma compulsão para usar a droga [ingerir álcool] de modo contínuo ou periódico, a fim de experimentar os seus efeitos psíquicos e por vezes evitar o desconforto de sua falta. A tolerância à mesma pode estar presente. Uma pessoa pode apresentar dependência de mais de uma droga [ou apresentar dependência do ál-

cool e de outras drogas] (p.

A CID-9 sistematiza assim os problemas relativos à dependência:

- 303 Síndrome de Dependência do álcool**
- 304 Dependência de Drogas**
 - 304.0 Tipo Morfina
 - 304.1 Tipo Barbitúrico
 - 304.2 Cocaína
 - 304.3 *Cannabis*
 - 304.4 Tipo anfetamina e outros psicoestimulantes
 - 304.5 Alucinógenos
 - 304.6 Outras (exclui: dependência de fumo)
 - 304.7 Associações de drogas tipo morfina e qualquer outra
 - 304.8 Associações excluindo drogas tipo morfina
 - 304.9 Não especificada
- 305 Abuso de drogas sem dependência¹**
 - 305.0 Álcool
 - 305.1 Fumo
 - 305.2 *Cannabis*
 - 305.3 Alucinógenos
 - 305.4 Barbitúricos e tranquilizantes
 - 305.5 Tipo morfina
 - 305.6 Tipo cocaína
 - 305.7 Tipo anfetamina
 - 305.8 Antidepressivo
 - 305.9 Outras, combinadas ou não especificadas

Com relação à definição, observa-se que o termo dependência não é mais seguido dos adjetivos psíquica e física, embora os conceitos continuem existindo. Dependência física é subentendida nas expressões

¹ Definição de **abuso** segundo a CID-9: "inclui casos em que uma pessoa, para a qual nenhum outro diagnóstico é possível, receba assistência médica em virtude dos efeitos adversos de uma droga da qual ela não é dependente e que tenha feito uso por iniciativa própria em detrimento de sua saúde ou atuação social" (OMS, 1978).

" desconforto de sua falta" (estado de abstinência) e "tolerância" (farmacológica). Dependência psíquica é subentendida na expressão "reações de comportamento que incluem uma compulsão a usar droga", que se constitui na principal menção desta definição. (Mais tarde, como será abordado, uma nova formulação da questão será empreendida e ao termo dependência será destinado apenas o significado de uma síndrome comportamental e o termo neuroadaptação substituirá dependência física.)

Seguindo a opção da OMS de não fornecer, pelo menos até à CID-9, descrições clínicas pormenorizadas nem critérios para a determinação de um caso, a CID-9 deixa indefinidas as expressões "reações comportamentais" e "uso contínuo ou periódico". Mantém a separação, em seções distintas, do álcool e de outras drogas. O tabaco (nicotina) não é mencionado entre as substâncias que se associam a dependência, mas sim na seção 305 (abuso sem dependência).

Cinco anos depois de elaborada a CID-9 a Organização Mundial da Saúde, em associação com a instituição norte-americana ADAMHA (Alcohol, Drug Abuse and Mental Health Administration), patrocina um grupo internacional de trabalho que formula nova definição de dependência:

Síndrome que se manifesta por um padrão de comportamento no qual o uso de uma determinada droga psicoativa ou classe de drogas recebe uma prioridade muito maior do que outros comportamentos que outrora recebeu valor maior. O termo "síndrome" é usado para significar um conjunto de fenômenos em que nem todos precisam estar presentes sempre ou nem sempre presentes na mesma intensidade (...) A síndrome de de-

pendência não é absoluta, mas sim um fenômeno quantitativo que existe em diferentes graus. A intensidade da síndrome é medida pelos comportamentos que são elididos em relação ao comportamento de usar a droga e pelos outros comportamentos que são secundários ao de usá-la (...) Nenhum ponto de corte preciso pode ser identificado para distinguir entre dependência de drogas do uso de drogas recorrente mas não dependente. Num extremo, a síndrome de dependência é associada ao "comportamento compulsivo de usar droga" (WHO-ADAMHA, citado por JAFFE, 1989¹).

Como se vê, a confusão que advém do duplo significado de dependência (física/psíquica) foi minorada pela opção deste grupo de estudos em restringir o termo como designativo de uma síndrome comportamental. Sugere também substituir por neuroadaptação o que se chamava dependência física e deixa claro que, isoladamente, a neuroadaptação não implica em diagnóstico de dependência. Dois argumentos são usados para justificar estas alterações: primeiro, o uso crônico de muitas substâncias leva a mudanças neuroadaptativas sem levar a um comportamento de procura quando ela é descontinuada e, segundo, a neuroadaptação se inicia com a primeira dose de um opiáceo ou mesmo de um tranquilizante menor, por exemplo, portanto sem que qualquer tipo de dependência estivesse estabelecida (JAFFE, 1989).

A ênfase no aspecto psíquico dos quadros de dependência e a progressiva precisão terminológica adquirem, no final da década de 1980, sua forma mais elaborada com a Décima Revisão da CID (CID-10) (OMS, 1991).

O capítulo quinto da CID-10 (F00-F99, Distúrbios Mentais e

¹ A referência completa não é fornecida por este autor.

Comportamentais, incluindo Distúrbios do Desenvolvimento Psicológico) possui uma seção específica sobre os distúrbios devidos ao uso de substâncias: "F10-F19, Distúrbios Mentais e do Comportamento devidos ao Uso de Substâncias Psicoativas e Outras Substâncias". Segue-se, como forma de melhor situar o emprego do conceito de síndrome de dependência na CID-10, um resumo desta seção:

- F10 Distúrbios devidos ao uso de álcool
- F11 Distúrbios devidos ao uso de opióides
- F12 Distúrbios devidos ao uso de canabinóides
- F13 Distúrbios resultantes do uso de sedativos e hipnóticos
- F14 Distúrbios resultantes do uso de cocaína
- F15 Distúrbios resultantes do uso de outros estimulantes, incluindo cafeína
- F16 Distúrbios resultantes do uso de alucinógenos
- F17 Distúrbios resultantes do uso de tabaco
- F18 Distúrbios resultantes do uso de solventes voláteis
- F19 Distúrbios resultantes do uso múltiplo de substâncias outras ou não identificadas

Quarto e quinto caracteres para especificar a condição clínica:

- F1x.0 Intoxicação aguda
- F1x.1 Uso nocivo. (*harmful use*)
- F1x.2 Síndrome de Dependência**
- F1x.3 Estado de abstinência
- F1x.4 Estado de abstinência com delirium
- F1x.5 Distúrbio psicótico
- F1x.6 Síndrome amnésica induzida por álcool ou drogas
- F1x.7 Distúrbio psicótico de início tardio ou residual induzido por álcool ou drogas
- F1x.8 Outros distúrbios mentais ou do comportamento

induzidos por álcool ou drogas

F1x.9 Distúrbio mental ou do comportamento induzido por álcool ou drogas

F1x.20 Atualmente abstinente

F1x.21 Atualmente abstinente mas em ambiente protegido (hospital, comunidade terapêutica e prisão, por exemplo)

F1x.22 Atualmente em regime de manutenção clinicamente supervisionado

F1x.23 Atualmente em uso da droga

F1x.24 Uso contínuo

F1x.25 Uso episódico (dipsomania)

"Síndrome de dependência" pode referir-se a qualquer uma das substâncias ou grupo de substâncias citadas. A definição de síndrome de dependência e as diretrizes para a formulação de um diagnóstico são as seguintes (OMS, 1991):

F1x.2 - Síndrome de Dependência: agrupamento de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos onde o uso de uma droga ou classe de drogas apresenta-se como uma prioridade muito maior para o indivíduo do que outros comportamentos que, alguma vez, tiveram valor maior. Uma característica descritiva central da síndrome de dependência é o desejo frequentemente forte e algumas vezes dominador de fazer uso de drogas que podem ou não terem sido prescritas por médico, álcool ou tabaco. Pode haver evidências de que o retorno ao uso da substância após um período de abstinência conduziria a uma reaparição mais rápida de outros achados da síndrome do que ocorre em indivíduos não dependentes.

Diretrizes diagnósticas: um diagnóstico de dependência

deveria ser feito somente se três ou mais dos seguintes itens tiverem sido experimentados ou exibidos em alguma época do último ano:

- a) Desejo forte ou sensação de compulsão para usar drogas ou álcool;
- b) Percepção subjetiva de uma capacidade prejudicada de controlar o comportamento de uso de droga ou álcool em relação ao seu começo, término ou níveis de uso;
- c) Uso da substância com a intenção de aliviar sintomas de abstinência e a percepção de que esta estratégia é efetiva;
- d) Estado de abstinência fisiológica;
- e) Evidência de tolerância farmacológica de forma que doses crescentes são necessárias para alcançar os efeitos originalmente produzidos por doses menores. (Exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos que podem usar doses diárias da substância suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes;
- f) Estreitamento do repertório individual de padrões de uso da droga ou álcool (p.ex., uma tendência de ingerir bebidas alcoólicas nos dias de semana da mesma forma que nos fins de semana, quaisquer que sejam as pressões sociais visando um comportamento apropriado de ingestão);
- g) Progressivo desinteresse por prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância;
- h) Persistência do uso de droga ou álcool apesar de claras evidências das consequências nocivas deste uso. (Consequências adversas podem ser médicas tal como problemas hepáticos secundários ao uso excessivo de álcool; sociais, como no caso da perda de emprego devido aos prejuízos da performance relacionados ao

uso de droga ou psicológicas, como no caso de estados de humor depressivo consequentes a períodos de uso exacerbado da substância).

Uma característica essencial da síndrome de dependência é o tomar a substância ou o desejo de tomar uma substância específica. A percepção subjetiva da compulsão ao uso é vista mais comumente durante as tentativas de parar ou controlá-lo. Este critério excluiria os pacientes cirúrgicos a quem se administram drogas opióides para o alívio da dor e que podem mostrar sinais de um estado de abstinência quando as substâncias são descontinuadas, mas que não têm o desejo de continuar o uso. A síndrome de dependência pode estar presente para uma substância específica (p.ex, tabaco ou diazepam), para uma classe de substâncias (opiáceos ou opióides, p.ex.) ou para uma variedade mais ampla de substâncias (como aqueles indivíduos que sentem uma sensação de compulsão para o uso de qualquer que seja a droga disponível e que mostram desconforto, agitação e/ou sinais físicos de um estado de abstinência quando em uso descontinuado. (p.72-73)¹.

Vários comentários podem ser feitos sobre esta definição e classificação que serão usadas nos próximos anos na maioria dos países.

a) O termo "distúrbio" (em inglês *disorder*, traduzido para o português também por "desordem" ou "transtorno") é, para a OMS, reconhecidamente um termo impreciso. Os termos "doença" e "moléstia" (respectivamente em inglês, *disease* e *illness*) implicam em significações ainda mais problemáticas e, por isso, foram preteridas (OMS, 1991).

"Desordem" refere-se a um "conjunto de sintomas ou comportamentos clinicamente reconhecíveis que na maioria dos casos está associado a desconforto e interferências com certas funções, sempre ao nível indi-

¹ Em inglês, no original.

vidual e frequentemente ao nível social ou grupal (mas não somente neste último) (OMS, 1991, p.10).

O termo refere-se, então, a quadros clínicos reconhecíveis que cursam com desconforto, sofrimento e/ou incapacidades, associados a disfunções ao nível biológico e/ou psicossocial. O conceito de "doença" iria além, e especificaria uma etiologia e uma fisiopatologia, o que não é possível, a partir do conhecimento atual, para quaisquer dos distúrbios psiquiátricos. "Moléstia" refere-se a um sofrimento subjetivo associado a condições médicas; o termo seria de difícil emprego operacional por ser abrangente e inespecífico. "Síndrome" não seria recomendável por conta da existência de quadros clínicos monossintomáticos neste quinto capítulo da CID-10 (p.ex., déficits específicos de aprendizagem). O uso de "distúrbio" é, assim, produto da exclusão de outros termos; a palavra se impõe por sua elasticidade e imprecisão.

b) A CID-10 opta por uma classificação baseada inicialmente na classe farmacológica da substância utilizada e, secundariamente, no quadro clínico e padrão atual de consumo. Uma classificação assim estruturada possui vantagens, como a de valer-se de poucos princípios organizadores, o que facilita sua utilização, o mesmo se aplicando à CID-9 (MILBY, 1988). Entretanto, a rigor, a grande maioria dos pacientes seria incluída na classe F19, referente ao uso de múltiplas substâncias, uma vez ser de difícil ocorrência um usuário de apenas uma spa. A classificação principal por classe farmacológica mostra-se, assim, distante da realidade clínica.

c) Esta distância é reduzida com a utilização dos caracteres quarto e quinto, referentes ao estado clínico dos pacientes. A subclasse F1x.2 (síndrome de dependência), que aqui interessa, tem como característica

descritiva principal um fenômeno que, apesar de subjetivo, é facilmente evidenciável: o desejo intenso de usar substâncias psicoativas (ou outras).

A CID-10 e a CID-9 dão ênfase ao aspecto psíquico do estado de dependência e isto parece ser uma vantagem pois não subentende, na abstrata hierarquia etiopatogênica do fenômeno um lugar de importância para o "desejo intenso" ou "compulsão ao uso", apenas descritivamente lhe é dado destaque.

d) Os oito critérios que compõem as "diretrizes diagnósticas" da CID-10 parecem refletir a ampla aceitação que os critérios propostos por G Edwards para a dependência do álcool (EDWARDS, 1987; EDWARDS & GROSS, 1976) tiveram nesta última década. Os sete sinais e sintomas propostos por estes autores são praticamente transcritos nos sete primeiros critérios da CID-10. Assim, ao menos, a **validade de conteúdo** parece ser verificada, em consonância com um dos principais objetivos desta classificação, a **comunicação** entre os profissionais de saúde mental.

2.1.2.3 DSM-III e DSM-III-R

O Manual Diagnóstico e Estatístico das Desordens Mentais, em sua terceira edição e terceira edição revisada (DSM-III e DSM-III-R) são as mais recentes versões dos esforços da Associação Psiquiátrica Americana (APA) em estabelecer classificações para uso nos Estados Unidos da América (EUA). O DSM-I, de 1952, surgiu da procura de uma alternativa à CID-6. O DSM-II, de 1968, foi elaborado de forma a refletir seu paralelismo à CID-8, tendo sido acrescentado apenas um glossário explicativo dos termos utilizados. O DSM-II incluía a dependência de drogas entre uma das dez grandes categorias diagnósticas, a dos Distúrbios de Persona-

lidade e Outros Distúrbios não Psicóticos, juntamente com o alcoolismo, distúrbios de personalidade e desvios sexuais.

Com relação aos quadros de dependência, o DSM-II não trouxe inovações além das já trazidas pelo CID-8. Não distingue "dependência" de "abuso" e utilizou "dependência" para designar os aspectos físicos e psíquicos desta condição. Problemas relativos ao uso de álcool foram codificados separadamente e os relativos ao tabaco não foram incluídos, como na CID-8.

O DSM-III, de 1980, trouxe inovações. Sua proposta básica é diagnosticar cada um dos distúrbios presentes (como no DSM-II e diferentemente do DSM-I, que recomendava concisão) de forma sistemática e organizada, em cinco eixos diagnósticos. Privilegia também a abordagem descritiva ao invés de suposições etiológicas para a maioria dos diagnósticos, e adota critérios que serviriam como diretrizes diagnósticas, escolhidos aparentemente de forma a garantir **confiabilidade** de aplicação.

Os distúrbios associados ao uso de substâncias psicoativas são uma das dezesseis classes diagnósticas do DSM-III. "Dependência" é utilizado a partir de critérios de **tolerância** ou **abstinência**. Assim, tratando-se de substâncias para as quais estes fenômenos não foram observados, existe apenas o diagnóstico de "abuso" (caso da cocaína, alucinógenos e PCP - fenciclidina -).

Três critérios são utilizados para definir "abuso"; para o diagnóstico de "dependência" acresce-se **tolerância farmacológica** e **sinais de abstinência** (APA, 1980, citado por FREEDMAN, 1980¹):

¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed.3. American Psychiatric Association, Washington DC, 1980.

- a) *Uso contínuo ou episódico de uma droga por no mínimo um mês;*
- b) *Complicações sociais do uso: prejuízo do funcionamento social ou ocupacional (p.ex., brigas, perdas de amigos, ausência no trabalho) ou dificuldades legais (outras que não as relativas à posse, venda ou compra de uma substância ilegal);*
- c) *Um dos dois: 1. Dependência psicológica: desejo forte de usar a droga; incapacidade para reduzir ou parar o uso; esforços repetidos para controlar o uso (abstinência temporária ou restrição do uso a certas horas do dia); 2. Padrão patológico de uso: permanece intoxicado durante o dia todo; usa drogas praticamente todos os dias ao menos por um mês; já teve problemas de superdosagem ao menos duas vezes. (p.1.591).*

Sete anos depois da publicação do DSM-III é publicada sua edição revisada (DSM-III-R) (APA, 1987, citado por AKISKAL¹, 1989), coerentemente com a idéia de se mudar a classificação quando novos conhecimentos viessem a permitir seu aperfeiçoamento quanto ao uso para finalidades clínicas e de sua **confiabilidade**.

Na seção de distúrbios relativos ao uso de spa, a divisão em duas categorias, "abuso" e "dependência" é mantida. Os critérios diagnósticos mudaram, absorvendo os conceitos e terminologia propostos pelo grupo de estudos da ADMAHA-WHO, de 1980 (ver seção 2.1.2.2 a este respeito). Os diagnósticos de dependência de cocaína, alucinógenos e fenciclidina são acrescidos à classificação, assim como a dependência e abuso de inalantes.

"Abuso" de spa passa a ser considerado uma categoria residual, para quando os critérios de dependência não são preenchidos. Os critérios para diagnóstico de "dependência" (ver Anexo 1) são praticamente os

¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION- *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed.3, revised. American Psychiatric Association, Washington DC, 1987.

mesmos adotados posteriormente pela CID-10, inclusive com as mesmas exigências de preencher três critérios, no mínimo.

2.2 ASPECTOS MÉDICOS HISTÓRICOS

Os livros que tratam de questões relativas à dependência de substâncias psicotrópicas possuem, quase todos, um capítulo inicial que aborda aspectos históricos. Estes capítulos não tratam da história da dependência de *spa*, fenômeno existente, tal como o conhecemos hoje, apenas há pouco mais de um século. Tratam geralmente da descoberta, do uso e da valorização medicinal que algumas plantas tiveram no passado, comumente aquelas que contêm as substâncias psicoativas tidas atualmente como "problemáticas" ou que delas derivam: *Cannabis sp*, *Papaver sp* e *Erythroxylum sp*.

Estes textos costumam remeter o leitor até milênios atrás, citando por exemplo o conhecimento de certas propriedades reconhecidas como terapêuticas da *Cannabis sp*, revelado pelo tratado de botânica do imperador chinês Shen Nung (datado de 2737 a.C. segundo algumas fontes, ou de 400 a 500 a.C. segundo outras). Também é muito conhecido e citado o uso de folhas de coca (*E.coca*) por alguns segmentos da população andina mesmo muito antes da colonização espanhola, a partir de quando este uso foi disseminado nesta população. O ópio, por sua vez, obtido da papoula (*Papaver sp*) é citado em um papiro de 1550 a.C. como "capaz de impedir as crianças de gritar muito alto" (OLIEVENSTEIN, 1988b, p.22).

Os exemplos que poderiam ser citados são muitos e facilmente encontráveis na literatura, mas como já foi referido são exemplos que pouco têm em comum com o padrão ilícito de consumo feito atualmente da ma-

conha, da cocaína e de alguns opióides, na maioria dos centros urbanos de qualquer país do mundo¹.

Assim, esses referidos exemplos contidos nas "introduções históricas" não se prestam facilmente a uma comparação com os fenômenos da dependência e uso compulsivo verificados nos últimos cem anos. Antes de mais nada, essas referências criam para o leitor um clima de perplexidade e curiosidade: por que tanta diferença entre o que hoje suscita alarde e preocupação e as situações históricas relatadas? Como escreve G. Edwards:

[É um] fato curioso que as sociedades tenham sido capazes de coexistir com o uso mais ou menos livre de drogas que, em outros períodos ou em diferentes sociedades, tenham sido consideradas tão perigosas a ponto de requerem controle legal rigoroso (EDWARDS, 1971, citado por RITSON & CHICK, 1988²).

Parece ficar evidenciado um hiato entre aquele uso tido como inócuo e tudo o que se observa atualmente nas páginas policiais dos jornais, nas declarações de governantes "preocupados" em "combater as drogas" e nas apreensões das famílias de classe média urbana.

O que teria ocorrido para que o uso e abuso de substâncias psicotrópicas adquirissem contornos tão peculiares como os atuais?

Esta questão poderia ser respondida, ainda que parcialmente, a partir de diferentes óticas (as do direito, da sociologia, da ética, etc). Aqui, será discutida uma resposta baseada no modelo médico, isto é, cen-

¹ O consumo de spa outras além do tabaco, cafeína e álcool, ainda atualmente se mostra, em determinadas regiões ou em momentos históricos específicos, como uma manifestação cultural altamente assimilada pelas nações em que ocorrem: a mascapão de folhas de coca por segmentos da população andina (NEGRETE, 1981), o consumo de *Cannabis* como um "tônico" por trabalhadores agrícolas jamaicanos (BEAUBRUM, 1981), o consumo de hoasca/ayuasca por adeptos de certas seitas religiosas no Brasil, etc.

² EDWARDS, G.- *Unreason in an age of reason*. London, Royal Society of Medicine, 1971.

trada na discussão dos presumíveis fatores etiológicos que, pelo menos quanto a alguns deles, mostraram-se altamente dinâmicos nos últimos cem anos.

Após esta discussão acerca da evolução recente do fenômeno da dependência de spa (seção 2.2.1), será feita uma breve discussão sobre a "resposta" científica médica ocorrida no mesmo período (2.2.2).

2.2.1 Fatores presumivelmente causais dos quadros de dependência de spa observados na atualidade

Em Psiquiatria, à parte o reconhecimento de que ela deve, enquanto ciência médica, tender para uma perspectiva que valorize a etiologia dos fenômenos que constituem seus objetos de estudo (EY e Col., 1981), não se lida com muito mais além de agrupamentos de manifestações semiológicas, substrato para as classificações sindrômicas que, no atual estágio do conhecimento, servem de artifício para a comunicação e a pesquisa. A esperança é a identificação de entidades mórbidas definidas etiologicamente (AKISKAL, 1989).

Não é tarefa fácil epreender discussão acerca dos (mesmo que presumíveis) fatores etiológicos da dependência de spa, sobretudo se se procura fazê-lo atentando para as mudanças ocorridas ao longo do tempo. As dificuldades são muitas e de variadas ordens. Nem mesmo se pode dizer, nesta área, que se está lidando com uma **síndrome** - por não serem conhecidos os mecanismos fisiopatológicos em jogo -; certamente menos seria dito tratar-se de uma **doença** - o que exigiria a verificação de relações etiopatogênicas (BERTOLOTE, 1987).

A situação se complica quando se atenta para o fato de que mui-

tos dos fatores aventados como tendo um papel causador da dependência de spa são de ordem sócio-econômica. Fatores desta ordem dizem respeito à coletividade, diferentemente do alvo da medicina clínica, que se ocupa de questões individuais. Surgem, necessariamente, em dado momento, problemas de natureza metodológica¹.

BERTOLETE (1987), referindo-se ao alcoolismo, cita o exemplo do fator **desemprego** como indicador desta condição de dependência:

Os clínicos bem informados (...) são unânimes em apontar o desemprego como um dos indicadores do alcoolismo. Mas será este "desemprego" de um caso individual equivalente ou correspondente ao "desemprego" visto e medido pelos cientistas sociais e pelos economistas? Na visão do economista tentando incorporar o conhecimento do clínico: qual é a contribuição do número de desempregados associado ao consumo inadequado de bebidas alcoólicas para a taxa global de desemprego de um dado país, em um dado momento? Ou, na visão do clínico tentando incorporar o conhecimento do economista: naquele indivíduo alcoolista desempregado, como calcular a contribuição do nível geral da economia para o seu desemprego?

Estas indagações, de natureza etiológica -e, portanto, com implicações preventivas- podem ser desdobradas para o plano terapêutico e o da reabilitação, levando-nos a questionar a utilidade da evolução do indicador "desemprego" como indicativo da evolução clínica do alcoolismo (p.151).

A despeito desta discussão, e no que pesem as evidências de

¹ "A multiplicidade da metodologia pertence à essência da Psiquiatria" (SCHULTE & TOLLE, 1973, citado por LUCENA, 1988*, p.51). No entanto, conforme salienta BERTOLETE (1987): "esta conjugação de enfoques e interesses [das ciências sociais e medicina] funciona muitobem(...) até que surja o primeiro conflito de monta, quando uma estratégia disjuntiva é ativada. Nesse ponto, as falhas de artivulação de uma metodologia com a outra (...) tornam-se insuperáveis e culminam no isolamento conceitual e operacional" (p.150).

* SCHULTE, W. & TOLLE - Psychiatrie. Springer Verl. Berlin, 1973 (sic).

um estadio ainda precoce do desenvolvimento da Psiquiatria, procura-se sistematizar os presumíveis fatores etiológicos envolvidos na dependência de spa, enquanto fenômeno individual. JAFFE (1989), por exemplo, lista: os de natureza farmacológica, psicopatológica, genética, familiar, social, ambiental e os da "personalidade".

Utilizando a terminologia empregada por JASPERS (1979), pode-se dizer que alguns destes fatores situam-se ao nível do **perimundo** (os de natureza social, ambiental e, em parte, farmacológica), outros ao nível de **disposição adquirida** (os de natureza psicopatológica, familiar, e os da personalidade) e outros ao nível de uma **disposição congênita** (os de natureza genética). Esta decomposição de fatores supostamente causais, situando-os como exógenos (perimundo) ou endógenos (disposição) são um artifício para se lidar com um **todo**, "para mascarar nossa ignorância" (JASPERS, 1979, p.557).

Poder-se-ia esquematizar uma rede causal que desse conta da multiplicidade e da complexidade destes fatores, nos moldes do que foi feito, p.ex., para a doença de Chagas ou para a esquizofrenia, como encontrado em FORATTINI (1980). Uma representação gráfica desta rede pode ser a da Figura 1, à página 37.

Deve ser salientado, conforme FORATTINI (1980), que estes fatores ou "causas", "embora escalonados na cronologia do conhecimento, não são [escalonados] quando se inter-relacionam para formar o quadro epidemiológico de uma doença" (p.90). Assim, a Figura 1 limita-se a representar graficamente uma virtual rede de causalidade, com todas as limitações que tal procedimento traz consigo neste campo de dependência de spa, sobretudo as limitações metodológicas no campo da epidemiologia (que

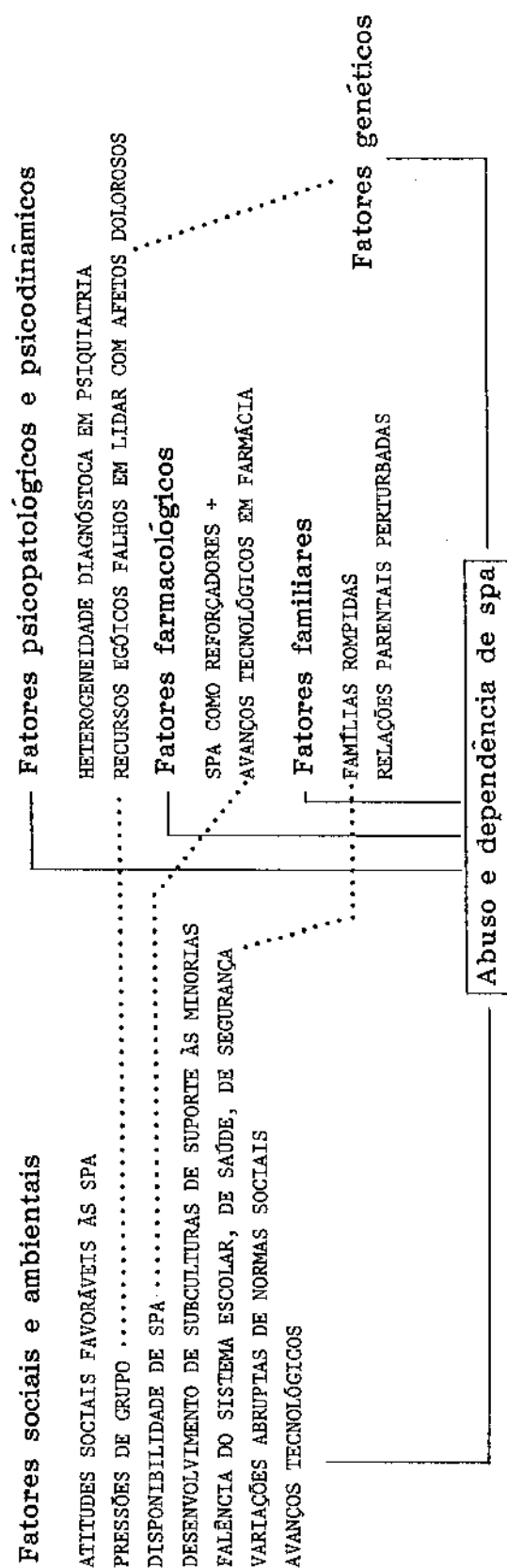


Figura 1. Rede de multiplicidade causal das toxicomanias (presumida). Elaborada a partir das referências citadas no texto (seção 2.2.1).

serão discutidas em 2.3).

Em seguida serão comentados fatores situados ao nível do "perimundo" e da "disposição adquirida", aqueles propensos a variar historicamente. Desta forma procurar-se-á uma resposta, obviamente parcial e limitada, à pergunta inicialmente formulada nesta seção sobre o porquê dos contornos atuais inéditos do fenômeno toxicomanias.

2.2.1.1 Fatores sócio-econômicos

Os mecanismos através dos quais as bruscas mudanças sócio-econômicas ocorridas a partir do processo de industrialização no século XIX se associaram ao surgimento dos quadros de dependência a spa, na mesma época, são certamente complexos. Segundo BARRACLOUGH (1983), referindo-se ao período contemporâneo da História, iniciado no final do século passado:

(...) Se o período contemporâneo marca o início de uma nova época na história da humanidade, será razoável esperar que esta mudança espelhe-se não só no ambiente social e na estrutura política, mas também nas atitudes humanas. É verdade, evidentemente -como Marx teve sempre o cuidado de realçar- que a relação entre a infra-estrutura social e a superestrutura de "sentimentos, ilusões, hábitos de pensamento e concepções de vida", erguida sobre aquela, é extremamente complexa, e seríamos insensatos se esperássemos qualquer coordenação direta entre ambas. Mas seria também surpreendente se a índole da literatura e de outras formas de expressão humana não tivesse sido afetada pela nova ordem social produzida por uma nova civilização tecnológica (p.200-221) (grifo nosso).

Atualmente são comumente citados como relacionados às toxicodependências fatores tais como o desemprego, os conglomerados urbanos, as variações abruptas das normas sociais (como as guerras) e as minorias étnicas com suas sub-culturas de suporte e a falência do sistema educacional (JAFFE, 1989).

Na segunda metade do século XIX e início do século XX estes fatores estavam também presentes de forma talvez ainda mais evidente. O rápido crescimento das cidades, como forma de sustentar a industrialização emergente da época, a queda da qualidade de vida, a Primeira Guerra Mundial, etc, relacionam-se provavelmente à alta prevalência de dependências de spa verificadas e que então cresciam. Estima-se que, na passagem do século, entre os 76 milhões de habitantes dos EUA, houvesse cerca de 260 mil "habituaados ou adictos" a opióides (FREEDMAN, 1980). O impacto da Primeira Guerra Mundial é também bastante conhecido.

Temos atualmente, no Brasil e outros países da América Latina, um exemplo dos mais significativos da provável relação entre fatores sócio-econômicos e o uso de spa: o abuso feito por "meninos de rua". Segundo documento divulgado recentemente (ENCONTRO..., 1990),

(...) O uso de drogas psicotrópicas lícitas e ilícitas pelas crianças de rua (...) atinge proporções dramáticas (...) sem paralelo em outros segmentos da nossa população.

(...) Fica bem reconhecido que o problema da criança de rua tem suas raízes no sistema econômico-social, injusto em sua essência. Recomenda-se, portanto, que a abordagem dessa questão seja feita sem que jamais se perca de vista esse referencial mais amplo (p.V).

A extensão atual do uso, abuso e dependência de spa não pare-

ce ser apenas um **sub-produto** de fatores sócio-econômicos. As atividades econômicas rentáveis envolvendo a produção e o comércio de substâncias psicoativas fomentam diretamente o consumo.

A imprensa leiga noticiou dados como o movimento de US\$ 300 bilhões pelos grandes cartéis de tráfico de cocaína e heroína, em 1990 (GODOY, 1990). Na Bolívia, o governo admite que 400 mil pessoas trabalham no negócio da cocaína, cerca de um quinto da população ativa do país (GIGLIOTA, 1990). No Nordeste brasileiro, estima-se que o lucro bruto com a plantação de um hectare de maconha estivesse na ordem de Cr\$ 18 milhões (novembro de 1990), enquanto que o mesmo lucro seria obtido com a plantação de 257 hectares de feijão. A atual política agrícola do país parece incentivar o plantio de maconha, pois valoriza pouco o trabalho do agricultor (SCARPA, 1990).

Com relação aos psicotrópicos lícitos, é sabida a importância da indústria de bebidas alcoólicas no Brasil e na maioria dos países. O tabaco e o café, por sua vez, sempre tiveram importância econômica para o país, desde o período colonial.

Observa-se facilmente que fatores econômicos determinando diretamente a produção de psicotrópicos não são um fenômeno recente. Dentro desta lógica mercadológica, a Inglaterra viveu, no século XVIII uma política liberal para a produção e comércio de gim, com o intuito de desenvolver a agricultura. Em 1736, o consumo **per capita** de bebidas alcoólicas foi de 4,5 litros por ano (RITSON & CHICK, 1988). Cerca de dois séculos antes, as folhas de coca já haviam passado a ser consumidas com finalidades trabalhistas, como forma de aumentar a produtividade. Na Bolívia e no Peru, ainda atualmente folhas de coca são recebidas como paga-

mento por serviços prestados (NEGRETE, 1981).

2.2.1.2 Disponibilidade do "agente": avanços técnico-industriais em Química e Farmácia

O século XVIII e principalmente o XIX foram cenário de grandes desenvolvimentos em química industrial e em farmácia. A maioria das substâncias psicoativas ilícitas tidas como problemáticas atualmente foi isolada ou sintetizada no século XIX (ver Quadro 1, p.42), determinando o surgimento de um dos fatores supostamente importantes na etiologia da dependência: a **disponibilidade** de preparações concentradas das substâncias.

Ocorreu no final do século XIX um *boom* de patentes de medicamentos (FREEDMAN, 1980). Curiosamente, alguns deles foram comercializados tomando por base indicações terapêuticas que mais tarde iriam revelar-se equivocadas. A cocaína, por exemplo, foi indicada no tratamento de várias afecções, como se vê, por exemplo, em FREUD (1989a), incluindo a morfínomania.

A heroína, um "supressor da tosse não 'aditógeno'", lançado pela empresa Bayer em 1898, foi também largamente usada para várias condições clínicas (FREEDMAN, 1980)¹.

A química industrial da época desenvolveu, por outro lado, produtos de grande aceitação popular que continham substâncias que, pouco mais tarde, seriam proibidas. Em 1863, o químico italiano Angelo Mariani formulou um vinho a base de cocaína que gozou de prestígio popular. O químico recebeu uma medalha de reconhecimento do Papa Leão XIII, entu-

¹ Em 1899, um médico brasileiro assim se expressa, referindo-se ao emprego clínico da heroína: "Não há inconveniente de forçar-se um pouco a dose porque, como se viu, a heroína é muito menos tóxica do que a morfina e a codeína" (FERREIRA, 1899).

Quadro 1. Alguns eventos históricos da adictologia.

Data	Evento
1806	Isolamento da morfina
1828	Isolamento da nicotina
1839	Publicação de trabalho citando as propriedades anticonvulsivantes, analgésicas e miorelaxantes da <u>Cannabis</u> , iniciando a história deste produto na medicina ocidental (O'Shaughnessy, Inglaterra)
1845	Teoria da psicose com base em um padrão de intoxicação pelo haxixe
1855	Isolamento da <u>erythroxilina</u> das folhas de coca (Gordeke, EUA)
1857	Noticiadas oito internções por abuso de <u>tabaco</u> (EUA)
1860	Isolamento da <u>cocaína</u> (Niemamm, Áustria)
1863	Uso da <u>Cannabis</u> em pacientes psiquiátricos (Clouston, Inglaterra)
1863	Formulação do <u>Vin Mariani</u> (Angelo Mariani, Itália)
1880	Relato do tratamento de morfinomania nos EUA
1884	Publicação de "Uber Coca" (S.Freud) (julho)
1884	Decoberta da anestesia oftalmológica com cocaína (setembro)
1885	Descrição da cocainomanis (Shaw, EUA)
1885	Erlenmeyer denomina a cocaína o "terceiro flagelo da humanidade"
1886	Início da produção da Coca-cola, contendo cocaína
1887	Publicação de "Ânsia e Temor pela Cocaína" (S.Freud)
1887	Síntese da anfetamina
1890	Síntese da heroína
1898	Emprego clínico da heroína, lançada pela Bayer ("supressor da tosse não aditógeno")
séc. XIX	Invenção da seringa hipodérmica

Fontes: FREEDMAN (1980); ALMEIDA (1919); DELPIROU & LABROUSSE (1988); BYCK (1989).

siasta das propriedades "tônicas" do vinho. Imitações da fórmula de Mari-ani surgem nos EUA e em 1886 passou a ser produzido um novo xarope (inicialmente vendido como fortificante e depois somente como refrigerante): a Coca-Cola^R. Até 1903, a Coca-Cola^R continha cocaína (DELPIROU & LABROUSSE, 1988).

Já no século XX, exemplos também poderiam ser citados, como o da fenciclidina (PCP). Desenvolvida a fórmula pela Parke-Davis Company na década de 50, passou a ser comercializada em 1963 como anestésico em humanos. Com a verificação de seus efeitos colaterais (desorientação, agitação, delírio), passou a ser usada apenas em veterinária. Em 1967, o uso não médico do "PeaCe Pill" já era observado nos EUA (GRINSPOON & BAKALAR, 1980).

2.2.1.3 Fatores culturais

Os alucinógenos não encerram uma mensagem natural, cuja noção mesma parece contraditória; eles são desencadeantes e amplificadores de um discurso latente que cada cultura armazena, e cuja elaboração é permitida ou facilitada pelas drogas (LÉVI-STRAUSS, citado por MANDON, 1991¹).

É sabida a apetência que o homem tem por substâncias que alterem, de alguma forma, seu estado psíquico, o que pode ser verificado facilmente na História observando-se o uso destas substâncias em todos os momentos e em todas as regiões geográficas.

MANDON (1991) refer-se ao caráter "universal, no tempo e no espaço, dos fenômenos toxicomaníacos" (p.230); ressalta, porém, que a

¹ A referência completa não é fornecida por este autor.

definição social de "droga" mostrou-se e ainda se mostra extremamente diversificada. Tal definição parece determinar-se, para este autor, a partir do sistema cultural vigente, mais ou menos tolerante com relação a cada um dos psicotrópicos.

Se a apetência humana por psicotrópicos é fenômeno aceito com facilidade, não se discute tampouco que apenas parcialmente os efeitos, as doses usadas, a forma de procura e de uso de spa são determinados por fatores intrínsecos ao sujeito ou à substância química. OLIEVENSTEIN (1988a) resume estas relações ao descrever um tripé onde as toxicomanias decorreriam de um encontro de três fatores: a personalidade do indivíduo, o produto (spa) e o momento sócio-cultural. FREUD (1987) abordou as relações entre cultura e o uso de spa, apontando o uso de tóxicos como um mecanismo de afastamento "o mais grosseiro, embora também o mais eficaz" de sofrimento. O desenvolvimento da civilização, para este autor, teria igualmente o sentido de afastá-lo das ameaças da natureza (afísica e a humana).

Não está contido nos limites deste trabalho uma análise sobre os fatores que, na relação do homem com seu ambiente e com os outros homens, emergem como sendo a expressão desta relação, quer ao nível ideológico, quer material, ou seja, as manifestações culturais (MANDON, 1991). Serão apenas apresentados, a título de exemplo, alguns fatos que parecem ter demarcado uma conjuntura que teve, como resultado, a associação entre toxicomania e criminalidade/ delinquência¹.

¹ Poder-se-ia ter optado aqui, como forma de exemplificar as relações entre os sistemas culturais e as toxicomanias, por discutir fenômenos mais recentes como o movimento da contracultura. Todavia, o exemplo escolhido parece servir melhor aos propósitos do trabalho de se discutir as atitudes médicas frente aos toxicômanos.

O mito do "toxicômano/criminoso/marginal/delinquente", esboçado no ocidente nas décadas de 1910 a 1930, norteou, aparentemente, parte das atitudes médicas e jurídicas nesta área¹, assim como parece ter contribuído para o próprio padrão ilícito de consumo de spa vigente desde então.

Os esforços jurídicos de organismos nacionais e internacionais feitos no sentido de controlar a produção, o comércio internacional, a venda, a prescrição e o consumo de alguns psicotrópicos iniciaram-se em 1906, com a conferência de Xangai para controle do ópio, apesar de as legislações anteriores já conterem referências inespecíficas às substâncias "venenosas".

Ao mesmo tempo, começou-se a ser sentida uma "desilusão" da profissão médica com a desmotivação para o tratamento e com o alto índice de recaídas apresentadas (JAFPE, 1989). Assim, os tratamentos compulsórios com "confinamento até a cura" passaram a ser recomendados. Estes fatores -um de natureza sócio-política e outro de natureza médica- associaram-se ao início do tráfico ilícito de opiáceos (JAFPE, 1989). O tráfico ocorria entre os indivíduos internados "até a cura" e aqueles com antecedentes criminais, fora dos hospitais.

As clínicas norte-americanas especializadas em morfinomania (onde o tratamento consistia em ministrar morfina em doses decrescentes) acabaram por fechar em 1923 como resultado da mencionada "desilusão" médica, da publicidade contrária e do conceito negativo que tinham do poder jurídico (COLE & WATERSON, 1976; JAFPE, 1989).

Em seguida, novas leis surgem nos EUA, mais restritivas quan-

¹ "O reforço de uma tradição ou a formação rápida de uma tradição capaz de controlar a conduta dos homens parece ser a função dominante do mito" (ABBAGNANO, N. - **Dicionário de Filosofia**. São Paulo, Mestre Jou, 1982).

to à prescrição de doses mesmo pequenas de opiáceos e cocaína. Punições aos médicos por ministrarem as substâncias, incluindo a prisão de alguns (COLE & WATERSON, 1976), fazem com que, em meados da década de 1920, os toxicômanos não fossem mais aceitos nos consultórios e nos hospitais, fomentando a obtenção das substâncias no "mercado negro" (JAFFE, 1989).

A crença de que os opiáceos eram inerentemente maus e capazes de levar rapidamente a uma decadência moral se estabelece mesmo entre profissionais bem-informados da Medicina e do Direito. No fim da década de 1930, a maconha passa a ter a mesma reputação (JAFFE, 1989).

No Brasil, a legislação acompanhou, com atraso, aquela elaborada em outros países. As medidas repressivas policiais e a internação compulsória de toxicômanos foram igualmente defendidas como indispensáveis e regulamentadas por lei (ALMEIDA, 1919; BRASIL, 1921; LOPES, 1924a). A imprensa brasileira leiga da época, por sua vez, manifestou-se com frequência sobre o assunto, recomendando "iniciar uma formidável campanha contra a venda desses agentes mortíferos" (segundo ALMEIDA, 1919).

Para alguns profissionais da área médica brasileira, "pelas imediações de 1920, o vício já campeava desenfreadamente no nosso meio social" (PERNAMBUCO FILHO, 1951, p.328); para outros, "(...) 905 destes intoxicados são *raffinés*, prostitutas e rufiões que as frequentam e se associam a suas intemperanças e perversões" (AFRANIO PEIXOTO, citado por ALMEIDA, 1919¹). Os poucos dados estatísticos disponíveis da época parecem não corroborar estas opiniões. LOPES (1924b) fornece números acerca de toxicômanos atendidos nos serviços especializados do Sanatório Botafogo (Rio de Janeiro). Entre 1921 e 1924, atenderam-se 76 indivíduos, dos quais 30 eram morfinômanos, 12 cocainômanos associadamen-

¹ A referência completa não é fornecida por este autor.

te a outras substâncias e nove eram heroínômanos. Do total, 37 tinham profissão indeterminada e 39 eram comerciantes, domésticas, médicos engenheiros advogados e artistas.

Parece ter havido, portanto, a criação de um mito do toxicômano/criminoso e as origens deste mito parecem ter sido ditadas por convenções sobre a proibição de algumas substâncias e não de outras, por motivos que escapam à objetividade. Mesmo no campo do conhecimento científico, a história mostrou-se influenciada por fatores que fugiram do âmbito das pesquisas.

2.2.2 Peculiaridades históricas da "adictologia"¹

As ciências médicas passaram a ser um dos motores do conhecimento científico acerca das substâncias psicoativas geradoras de dependência e dos toxicômanos, como dificilmente poderia deixar de ser, em vista dos graves casos de morfinomania e cocainomania descritos na segunda metade do século passado.

As ciências médicas, assim como as outras, seguiram e ainda seguem uma trajetória de "equívocos", e imprecisões quanto a suas fronteiras com o senso comum, por um lado, e a ideologia, por outro (DEMO, 1985), quando procuram lidar com estes objetos de estudo. A perspectiva privilegiada que a acumulação e reformulação de conhecimentos e teorias proporcionam ao observador atual (KUHN, 1990) poderia permitir a necessária distância para uma análise dos primórdios da "adictologia".

No caso desta ciência, as dificuldades de um eventual historiador em distinguir o componente científico das acepções passadas daquilo que foi ou é considerado "erro" e "superstição" tornar-se-iam muito maio-

¹ O termo é usado às vezes para denominar o ramo das ciências médicas que lida com o estudo dos quadros de dependência a substâncias psicoativas.

res, dados o pouco tempo desde o início das pesquisas e a forte intrin-
cação ciência/ideologia/senso-comum nesta área. A escolha que as dife-
rentes culturas fazem de certas substâncias como "aceitáveis" ou legais
não se baseia obviamente apenas no conhecimento médico disponível
(SCHOTTENFELD, 1989). "Nossa sociedade escolheu a cafeína e a nicoti-
na como euforizantes - embora as psicoses alcoólicas não sejam certamen-
te inofensivas. Escolhemos nossos venenos com base na tradição, não na
farmacologia (BICK, 1989, p.20).

A história da adictologia é um capítulo da medicina que perma-
nece não escrito, não constituindo finalidade desta dissertação realizar
tal tarefa. Entretanto, a menção de alguns fatos históricos, talvez exem-
plares, contribuirão para as discussões que serão posteriormente feitas
no capítulo final.

Escolheu-se discorrer sobre o tratamnto que as ciências médi-
cas dispensaram à cocaína, por tratar-se de substância desde há 110 anos
polêmica e considerada atualmente como um problema crescente no Brasil.

Houve inicialmente uma grande euforia científica a respeito das
propriedades medicinais das substâncias que mais tarde foram considera-
das como capazes de produzir dependência. Quanto à cocaína, esta evolu-
ção do conhecimento a partir de uma ótica entusiástica se exemplifica facil-
mente.

As propriedades "tônicas" das folhas de coca foram reconheci-
das há séculos. O isolamento da cocaína, ocorrido no final da década de
de 1850 pelo médico alemão Albert Niemann, ensejou o início do uso clíni-
co de preparações concentradas desta substância e, deste modo, suas

propriedades farmacodinâmicas começaram a ser observadas mais atentamente. Autores como W. B. Bentley, T. Aschenbrandt e P. Mantegazza publicaram descrições de suas observações sobre a cocaína. Estes e outros autores serviram de fontes para um trabalho de S. Freud publicado em julho de 1884: "Über coca". Trata-se de um ensaio sucinto, produto de uma revisão bibliográfica abrangente sobre os atributos medicinais da cocaína e de observações próprias acerca de seus efeitos físicos e psíquicos. Em alguns momentos o ensaio revela-se apologético: "A utilização a longo prazo da coca é a mais fortemente recomendada (...) em todas as doenças que envolvem degeneração dos tecidos, tais como anemia grave, tuberculose pulmonar, doenças febris de longa duração, etc" (FREUD, 1989a, p.81). Com relação aos efeitos estimulantes da coca/cocaína, escreve: "Muitos médicos acharam que a coca desempenharia um papel importante ao preencher uma lacuna no receituário dos psiquiatras" (FREUD, 1989a, p.79) e recomenda a substância no tratamento da histeria, da hipcondria, da melancolia, estupor e outras condições psiquiátricas.

Três anos mais tarde (1887) S. Freud publica "Ânsia e Temor pela Cocaína" (FREUD, 1989b), onde revê parcialmente suas opiniões mas, sobretudo, contrapõe-se à visão "patética" do médico F.A.A. Erlenmeyer que havia denominado a cocaína o "terceiro flagelo da humanidade", depois do álcool e da morfina. Erlenmeyer assim classificou a cocaína depois de observar quadros de cocainomania em morfinômanos tratados com esta substância.

"Ânsia e Temor pela Cocaína" não repercutiu entre os contemporâneos de S. Freud e a cocaína foi rapidamente eliminada do arsenal terapêutico dos psiquiatras (BYCK, 1989). BERNFELD (1989) acredita que

a reação dos médicos neste episódio, "quase beirando o pânico" frente à cocaína, pode ter sido devida, em parte, ao fato de que "os primeiros cocainômanos foram morfino-cocainômanos, muitos deles médicos, farmacêuticos e mulheres de médicos" (p.315). Este autor sugere que esta reação passional de se abandonar o uso da cocaína tão rapidamente prejudicou a pesquisa sobre as complexas propriedades farmacológicas sobre o sistema nervoso central que a substância tem, fenômeno científico este que parece persistir até hoje (BYCK, 1989)¹, ou seja, fatores extracientíficos influenciando o andamento de pesquisas.

O argumento de S. Freud, àquela época, de que os casos de cocainomania registrados ocorreram em indivíduos morfinômanos, pessoas "tão suscetíveis que usariam mal (...) qualquer estimulante que se lhes oferecesse" (FREUD, 1989b, p. 170) não suscitou qualquer reação favorável a uma revisão da questão.

Como consequência destes entraves à pesquisa, até o final da década de 1960 os trabalhos de S.Freud, realizados oitenta anos antes, ainda se constituíam como as fontes mais recentes de trabalhos científicos, nesta área do conhecimento onde a evolução é rápida, caso as pesquisas não sejam de alguma forma dificultadas.

Atualmente constata-se que os cientistas que se dedicam ao estudo do tratamento dos quadros de dependência sofrem limitações especí-

¹ Neste sentido, BRECHER (citado por BICK, 1989*) relata um fato pitoresco relacionado ao renomado cirurgião norte-americano W.H.Halsted. Após os estudos que o levaram a descobrir a anestesia por bloqueio da condução nervosa usando cocaína, Halsted tornou-se cocainômano. O tratamento desta sua condição só se tornou conhecido em 1969, quando um livro contendo a "história secreta do John Hopkins Hospital foi aberto: Halsted (1852-1922) "havia se curado do vício da cocaína recorrendo à morfina".

*BRECHER, E.M. e Cols (org.) - *Consumer report, licit and illicit drugs: the consumers union report on narcotics, stimulants, depressants, inhalants, hallucinogens and marijuana*. Boston, Little, Brown & Company, 1972, p.33-34.

ficas que não afetam aos que investigam outras formas de tratamento de outros problemas de saúde (ARIF e Cols, 1988). Questões de natureza policial se vincularam a questões de natureza clínica já a partir do início do século XX e persistem até hoje.

No Brasil, por exemplo, o texto legal que normatizava o tratamento de toxicômanos era, até 1976, o contido no artigo 28º, capítulo III, do Decreto-Lei nº 891 de 25 de novembro de 1938: "não é permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio". Nos EUA, o "Harrison Narcotics Act" de 1914 impôs restrições à conduta médica relativa aos dependentes de opiáceos, de forma que sua prescrição era vista sobretudo como passível de sanções penais, gerando graves entraves à relação médico-paciente e fomentando, como já comentado, a procura da substância no mercado-negro (BERRIDGE, 1984; JAFFE, 1989). Pode-se citar, também, o fato das pesquisas epidemiológicas acerca do uso de substâncias psicoativas ilícitas serem dificultadas com a recusa, compreensível, do entrevistado em fornecer dados verídicos. Diagnósticos precoces ficam, pelo mesmo motivo, dificultados.

2.3 EXTENSÃO DO PROBLEMA: DADOS EPIDEMIOLÓGICOS

Considerar a epidemiologia do abuso e dependência e mesmo do uso de spa significa defrontar-se com vários problemas de natureza metodológica, que serão comentados a seguir.

2.3.1 Heterogeneidade populacional mal configurada

Embora diferencie-se da clínica ao abordar o uso, abuso e dependência de spa como fenômenos coletivos e não como uma questão indi-

vidual, a epidemiologia tem como um de seus fundamentos metodológicos um referencial definível apenas clinicamente: o paradigma das doenças ou distúrbios relacionados ao uso daquelas substâncias. Um paradigma da "dependência" elaborado sobre bases teóricas satisfatórias poderia estabelecer a heterogeneidade grupal requerida para um diagnóstico populacional, um dos objetivos principais da epidemiologia (ALMEIDA Fº e Cols, 1989).

As dificuldades clínicas em estabelecer uma definição de dependência em termos absolutos, a ausência de "pontos de corte" precisos que façam distinguir casos de dependência daqueles de uso recorrente não dependente, fazem com que a diferenciação entre **casos** e **não casos** não seja clara. Os instrumentos de detecção e confirmação diagnóstica utilizados em diferentes pesquisas irão refletir estas dificuldades clínicas e seus resultados dificilmente serão comparáveis entre si, caso utilizem critérios diferentes para identificação de um **caso**.

A este respeito, ALMEIDA Fº e Cols (1988) escrevem:

Entre os inúmeros problemas que podem ser mencionados como peculiares à abordagem científica desta questão, destacam-se aqueles de natureza metodológica, que se referem fundamentalmente à identificação de caso. Estes problemas se tornam ainda mais graves quando se considera, em especial, a realização de pesquisas populacionais, onde formas de consumo sem significação patológica, estados de dependência leves ou casos mal definidos são frequentes e importantes para a compreensão do perfil epidemiológico deste comportamento. Para estes quadros são mais contundentes os problemas de dúvidas diagnósticas que fazem ressaltar as questões de validade dos instrumentos de coleta de dados (p.2).

Esta discussão deve ser situada em dois níveis diferentes. Primeiro, existem dificuldades na delimitação clínica do objeto de estudo, como pôde ser verificado nas seções 2.1.2 e 2.1.3, quando se tratou das definições clínicas operacionais e sobre como estas definições têm variado nas últimas décadas (variação esta obviamente consequente à ausência de um paradigma estabelecido nesta área). Segundo, a discussão pode ser situada no âmbito mais restrito da avaliação da **validade do componente conceitual** de um instrumento de pesquisa (validade de conceito - em inglês, *face validity*). Isto é, uma vez delimitado o objeto -no caso, a "dependência de spa", conceito que vem variando como poucos na psiquiatria- é necessária a organização do conhecimento sobre este objeto e então estabelecer a natureza do instrumento que o investigue, respeitando a formulação teórica elaborada (ALMEIDA Fº e Cols, 1989):

Na medida em que se tenta abordar empiricamente uma entidade abstrata, um objeto de conhecimento, como o conceito de doença, p.ex., é necessário pressupor que seus indicadores possuem validade e que ao medir-se tais indicadores se estudará indiretamente a presença, a gravidade e mesmo o diagnóstico da condição mórbida. Essa validade de conceito é teórica, resultando de um modelo clínico-experimental (...) sendo de impossível avaliação por meios de testes comuns de validação (p.27-28).

Observa-se que a maioria dos estudos epidemiológicos brasileiros e estrangeiros restringem-se a verificar a **frequência** do uso de determinadas spa, o que não é suficiente para identificar casos de dependência, mesmo que esta frequência seja alta.

2.3.2 Técnicas de investigação em epidemiologia de dependência de spa e possíveis fontes de erro: informantes, entrevistadores e instrumentos de pesquisa

No processo de obtenção de dados nas pesquisas epidemiológicas descritivas sobre uso, abuso e dependência de spa, é possível identificar várias fontes potenciais de erro. Não é um fenômeno peculiar da epidemiologia desta área específica. São dificuldades comuns a qualquer ciência que utilize uma metodologia que inclua amostragem, entrevistas, questionários estruturados, aquiescência do entrevistado ou o emprego de vários entrevistadores. As próprias condições de pesquisa passam a se constituir "variável complexa e importante para o que se considera como os resultados da investigação" (CICOUREL, 1969, citado por ALMEIDA Fº e Cols, 1989¹).

Com relação ao **entrevistado** (informante), é especialmente importante assegurar condições que garantam a credibilidade de suas informações. O entrevistado tem, potencialmente, vários motivos para mentir ou omitir dados sobre seu eventual uso de spa ilícitas (ou mesmo lícitas): não só motivos advindos da proibição legal destas spa (ou, por exemplo, do álcool, cuja venda é proibida para menores de dezoito anos), o que pode gerar temor de comprometer a si mesmo e a seu grupo, mas aqueles decorrentes da própria dificuldade em admitir que usa e o quanto usa.

Quanto ao **entrevistador**, existem problemas relativos à **confiabilidade** do instrumento "que pode ter seus índices melhorados com a padronização da aplicação do instrumento e registro de resposta", o que é feito com o treinamento dos entrevistadores (ALMEIDA Fº e Cols, 1989,

¹ CICOUREL, A. Theory and method in field research. In: *Method and measurement in sociology*. 6th ed. New York, The Free Press, 1969. 1v.

p.25). No campo das toxicomanias, a relação entrevistador-entrevistado é passível de complicar-se, já que os toxicômanos possuem, em geral, características linguísticas, etárias, étnicas, sócio-econômicas e de moradia, entre outras, que os fazem constituir uma sub-população do ponto de vista sócio-cultural e demográfico.

Com relação aos **instrumentos de coleta de dados**, ainda baseando-se no texto de ALMEIDA Fº e Cols (1989), são igualmente fontes potenciais de erro, mesmo que seja o elemento de controle mais fácil e que possa corrigir os enviesamentos associados ao informante e ao entrevistador. Na seção anterior (2.3.1) já foram comentados os problemas relativos à **validade de conceito**, que não é mensurável, exceto abstratamente na elaboração teórica sobre o distúrbio investigado. A **validade operacional** e a **confiabilidade** dos instrumentos de pesquisa são características mensuráveis e, portanto, utilizáveis na avaliação de seu desempenho.

Na detecção de abusadores e toxicômanos, e também de usuários, a **confiabilidade** dos instrumentos fica prejudicada *a priori* devido à frequente variação do nível de envolvimento e tipo de substâncias empregadas pela maioria dos usuários. Os problemas da confiabilidade relativos ao próprio instrumento aí se somam.

A **validade de conteúdo**, um dos tipos de validade operacional, é de particular importância na presente discussão. É definida como dizendo respeito ao julgamento se os itens do instrumento de fato se relacionam com o objeto de pesquisa e se estes itens têm poder discriminatório aceitável (ALMEIDA Fº e Cols, 1989). A expressão refere-se ao exame sistemático do instrumento para que se avalie em que extensão ele de fato incorpora todos os elementos do fenômeno a ser estudado (MARI,

1989). Em outras palavras, **validade de conteúdo** refere-se à propriedade de o instrumento conter ítems que pesquisem as características representativas da doença ou distúrbio em questão.

Ora, os instrumentos de coleta de dados das pesquisas brasileiras publicadas restringem-se a ítems sobre o **tipo** de substância consumida e a **frequência** deste consumo. Outros fatores geralmente citados como fazendo parte dos quadros de dependência, como o **empobrecimento de repertório**, o **aumento da relevância do comportamento de uso** na vida do sujeito, sua **percepção subjetiva da compulsão** ao uso etc., não são representados nestes ítems. Desta forma, a validade de conteúdo do instrumento, relativa ao evento **uso** pode revelar-se grande, mas sem a possibilidade de inferências quanto à morbidade relacionada a ele. Mesmo que se constate uma frequência alta de uso (por exemplo, diária), isto não significa necessariamente abuso ou dependência.

Apesar destas considerações, os estudos sobre padrões de uso (geralmente não "patológico") são uma medida **indireta** dos padrões patológicos na mesma população e serve para formular um padrão teórico de uso "normal" de spa. Segundo MILBY (1988):

Para determinar se o abuso de drogas está aumentando, diminuindo ou continua estável, é necessário reconhecer a extensão do uso normal das drogas. O interesse no abuso de droga e em qualquer medida de sua extensão implica algum padrão de uso não abusivo das drogas. Sem esse padrão, como se pode dizer onde acaba o uso não abusivo de drogas e começa o abuso? (p.76).

É necessário, portanto, reconhecer-se a importância destes es-

tudos sobre o uso, embora suas limitações quanto ao objeto de fato pesquisado precisem ser consideradas.

Não serão analisados aqui outros tipos de validação operacional. A **sensibilidade, especificidade, e a taxa de classificação incorreta**, como componentes da **validação concorrente** não parecem possuir peculiaridades no campo do uso de spa. Ressalte-se apenas que, em vista de os tratamentos propostos para as condições de dependência geralmente requererem longo tempo e motivação do indivíduo, além dos outros custos, o instrumento ideal deveria garantir uma alta especificidade, como forma de evitar que indivíduos não dependentes fossem selecionados para submeterem-se a eles (evitar, portanto, a seleção de "falso-positivos").

2.3.3 Outras fontes de erro na avaliação populacional do problema

As implicações políticas e econômicas da questão do uso de spa podem ter como consequência pressões para alteração dos resultados de pesquisas epidemiológicas neste campo (MILBY, 1988).

Da mesma forma, as spa eleitas como alvo de pesquisa, assim como os segmentos populacionais pesquisados, podem refletir decisões antes políticas do que uma "urgência" científica.

Menciona-se um exemplo. Apesar de os primeiros estudos internacionais sobre a inalação voluntária de solventes, datados de há mais de vinte anos, já verificarem sua forte associação com os indivíduos marginalizados socialmente (JAFJE, 1989), o primeiro estudo brasileiro data de quatro anos (o trabalho de CARLINI-COTRIM & CARLINI, 1987b) e estuda o consumo entre os "meninos-de-rua". Verifica-se que em nenhum outro grupo populacional estudado o consumo parece ocorrer de forma tão

frequente.

A lógica contida nesta "seleção" de objetos para estudo epidemiológico (ou antes, na ausência de pesquisas até recentemente) parece ser a mesma que norteia o modelo assistencial "liberal-privatista" predominante no Brasil: uma lógica mercadológica (CAMPOS, 1989).

Escreve ALMEIDA Fº (1987):

As consequências econômicas e sociais do desenvolvimento capitalista têm sido frequentemente ignoradas na pesquisa epidemiológica em países do Terceiro Mundo. Análises mais abrangentes do problema não enfatizam suas repercussões individuais, como por exemplo as transformações psicopatológicas associadas a tal processo. A questão básica da epidemiologia social das distúrbios mentais em nosso continente (...) pode ser sintetizada da seguinte forma: Haverá de fato um aumento da patologia mental (estresse, alcoolismo, drogas, doenças mentais) devido à pressão para a modernização, que requer uma aculturação rápida e difícil, incluindo a migração para centros urbanos com excessiva densidade demográfica? (p.104).

2.3.4 A situação brasileira

2.3.4.1 Dados de estudos epidemiológicos

Há apenas pouco mais de vinte anos iniciaram-se internacionalmente os estudos epidemiológicos acerca do uso e abuso de drogas ilícitas, coincidindo com a "epidemia" de consumo de heroína nos EUA e Europa. No Brasil, os primeiros estudos datam da mesma época aproximadamente, meados da década de 1970, mas a maioria dos trabalhos com metodologia

mais acurada são recentes.

Pesquisa partindo de amostragem extraída da população geral restringe-se, no Brasil, ao trabalho de CARVALHO NETO e Cols (1987). Um maior número de estudos parte de amostragem da população adolescente estudante (primeiro e segundo graus e universitários) ou "de rua".

Ressalte-se inicialmente que embora a mídia veicule em geral uma situação "alarmante", parece haver consenso quanto ao fato de a taxa de consumo de spa ilícitas na população brasileira ser relativamente pequena, com exceção de alguns grupos específicos, "bolsões", como o dos "meninos de rua") (MORGADO e Cols, 1983; RAMOS, 1989). Esta observação não quer dizer necessariamente que o uso de spa não se constitua em uma preocupação para o país. Tem-se no Brasil uma distribuição etária onde os adolescentes e adultos jovens são em grande número. O país é sabidamente produtor de algumas spa ilícitas, além de fazer parte da rota internacional do tráfico. Estes fatores, somados à crescente participação de usuários por via intravenosa nos casos-novos de SIDA e ao sistema de saúde vigente caótico, desenham sem dúvida um quadro onde as perspectivas quanto às taxas de consumo não podem ser vistas pelos administradores públicos com despreocupação.

Os problemas médicos e sociais decorrentes ou associados ao consumo de spa lícitas, como o álcool e o tabaco, são entretanto obviamente mais graves para a saúde pública.

Em seguida serão comentados alguns estudos brasileiros de campo, na área de epidemiologia de consumo de spa, enfocando principalmente as ilícitas.

CARVALHO NETO e Cols (1987) realizaram estudo de prevalên-

cia de uso atual de spa ilícitas entre 860 indivíduos entre 15 e 35 anos em um bairro de baixa renda em Salvador (BA)- Esta amostragem foi representativa do universo pesquisado. O resultado encontrado foi de 2,2% de atuais usuários, dos quais aproximadamente um terço referiu uso diário e dois terços uso com frequência inferior a sete vezes por semana. As únicas spa referidas foram a maconha e os inalantes (2,0 e 0,2%, respectivamente). O consumo mostrou-se significativamente mais frequente entre os homens, desacompanhados, entre aqueles economicamente ativos porém excluídos do mercado formal de trabalho.

Esta pesquisa, à parte os problemas metodológicos apontados pelos seus autores, traz inequívoca contribuição ao conhecimento do problema, por realizar-se a partir de amostra aleatória da população como um todo. Neste aspecto, o trabalho se particulariza com relação a outras pesquisas brasileiras e latino-americanas.

Existe um maior número de estudos epidemiológicos cujo universo pesquisado é a população estudantil brasileira.

Quanto aos estudantes universitários, os estudos existentes abordam aspectos parciais do problema, como se pode observar a seguir.

ZANINI e Cols (1977-78), citados por MORGADO e Cols (1983)¹ realizaram uma pesquisa entre 2.020 universitários da cidade de São Paulo (SP) e região em 1974. Entre as substâncias constantes de receituário médico, as mais consumidas (pelo menos uma vez na vida) foram os tranquilizantes (21,9%), os anorexígenos (16,1%) e os estimulantes (16,9%)².

¹ ZANINI, A.C.; MORAES, E.C.F.; AKERMAN, B.; AIZENSTEIN, M.; SALGADO, P.E.T. - Concept and use of psychoactive drugs among university students in the São Paulo area. *Drug Forum*, 6(2): 85-99, 1977-78 (sic).

² Não se especificam quais "estimulantes".

Entre as ilícitas, a maconha (9,3%), o LSD (2,5%) e a cocaína(1,6%). Para quaisquer destas substâncias, o uso se fazia "raramente" ou "ocasionalmente" para cerca de 70 a 80% dos indivíduos.

Outro estudo citado por MORGADO e Cols (1983), o de MURAD (1979), encontrou taxa de prevalência de uso de spa (pelo menos uma vez na vida) de 24%. O estudo foi feito entre 1974 e 1975, entre 536 universitários de Belo Horizonte (MG) e as substâncias de consumo mais citadas foram as anfetaminas (9,3%), a maconha (7,3%) e os tranquilizantes (3,0%).

Os dados destas duas pesquisas citadas estão, sem dúvida, ultrapassados em retratarem o consumo de spa entre universitários, mas sugerem um importante fato, o de que o consumo "ilícito" de substâncias do receituário médico foi quantitativamente maior que o de substâncias de comércio ilegal. Os estudos mais recentes vieram a mostrar os mesmos dados.

Em 1986, estudantes universitários de Brasília (DF) foram pesquisados a respeito do conhecimento e uso de spa (BUCHER & TOTUGUI, 1988). Alguns dados encontrados estão resumidos na Tabela 1 (p.62).

Excetuando o álcool e o tabaco, as substâncias mais utilizadas são, portanto, os inalantes, a maconha, os tranquilizantes e os estimulantes.

Se se compara o estudo de ZANINI (1977-78), com dados coletados em 1974, com o estudo de BUCHER & TOTUGUI (1988), com dados colhidos doze anos depois, observamos que o uso pelo menos uma vez na vida de maconha e cocaína subiu em frequência, enquanto o uso de substâncias de venda livre manteve-se aparentemente estável ou reduziu-se.

Tabela 1 - Frequência de uso de spa entre universitários de Brasília (DF), em 1986 (em porcentagem) (N=351)*

Tipo de substância	Tipo de uso	
	Diário	Ocasional ou "já usou"
Álcool	2,3	95,4
Tabaco	10,1	50,0
Inalantes	0,0	36,2
Maconha	1,1	23,9
Tranquilizantes	0,9	20,8
Hipnóticos	0,0	4,3
Estimulantes	0,6	12,0
Cocaína	0,3	7,1
Alucinógenos	0,0	5,1

*Fonte: dados adaptados de BUCHER & TOTUGUI (1988).

Tabela 2 - Taxas de prevalência de consumo de algumas substâncias pelo menos uma vez na vida entre estudantes de 1º e 2º graus, de acordo com três estudos brasileiros (em porcentagem).

Substância	CARLINI-COTRIM & CARLINI (1987). São Paulo(SP), 1986 (N=1.836)*	BUCHER & TOTUGUI (1988). Brasília (DF), 1986 (N=1.823)		COSTA (1979)** São Paulo (SP) (N=4.174)
Álcool	-	85,9	90,2	-
Tabaco	-	24,5	35,6	-
Inalantes	23,4	21,5	19,6	-
Maconha	3,6	3,8	4,3	1,8
Cocaína	0,9	0,5	0,8	0,46

Fonte: dados adaptados dos trabalhos citados.

*Estudantes de baixa renda, da 3ª série do 1º grau até 3ª série do 2º grau.

** COSTA, M.J.T.O.; LIMA, M.M.H.P. & ABREU, S.F.A.- Investigação sobre a farmacodependência na população escolar da Cidade de São Paulo. 1º Relatório: Aspectos epidemiológicos. IMESC 2(3):7-62, 1979 (trabalho citado por MORGADO e Cols (1983). Entre estudantes de 14 a 25 anos.

Pesquisando substâncias de venda livre, DeLUCIA & PLANETA (1989) parecem corroborar a hipótese de pequena redução do uso algumas destas substâncias, talvez explicada, conforme sugerem, por uma fis-

calização mais eficaz da venda, porém não o suficiente.

Quanto ao consumo entre estudantes de primeiro e segundo graus, a Tabela 2 resume alguns dos achados de três pesquisas brasileiras (p.62).

Os dados apontam para um uso mais frequente de inalantes do que de maconha e cocaína. Álcool e tabaco são citados em apenas um trabalho, que mostra consumo elevado. Maconha e cocaína parecem ser, paradoxalmente, motivo de maior preocupação de pais e educadores e os mais citados pela imprensa.

Estes estudos não são representativos da situação global de consumo entre crianças e adolescentes, uma vez que pesquisam estudantes da rede pública, ficando os alunos de escolas particulares e aqueles que não frequentam escolas de fora da pesquisa, estes últimos sob maior risco (BUCHER & TOTUGUI, 1988).

Uma população que provoca muito mais inquietação é a dos "meninos de rua", motivo de programas educativos da Secretaria do Menor do Estado de São Paulo, conforme se verá no capítulo IV. Não existem dados oficiais sobre o número de menores de idade que vivem sem ocupação definida ou fazendo pequenos serviços temporários. São, no entanto, aparentemente numerosos nas grandes cidades. Dados indiretos que os quantificam, como o número de assassinatos de que é vítima esta população (DIMENSTEIN, 1990), revelam um problema social dos mais graves. O consumo de spa, principalmente solventes, feito por este segmento da população são um aspecto da complexa situação psicosocial por ela vivida (MONTEIRO Fº e Cols, 1984).

CARLINI-COTRIM & CARLINI (1987b) estudaram o problema do

ponto de vista epidemiológico e estimaram, a partir de uma amostra de 120 "meninos de rua" o **consumo recente** (últimos 30 dias) de algumas substâncias: solventes, 58,3%; maconha, 42,5%; Artane^R (trihexafenidil), 35,8%; cocaína, 6,7%; Amosterona^R (efedrina e benactizina), 5,8% e diazepam, 5,0%. O **uso na vida** das mesmas substâncias foram, respectivamente, 77,5%, 60,0%, 57,5%, 15,8%, 10,8% e 9,2%. O estudo foi realizado em São Paulo (SP), a mediana das idades entre os 120 pesquisados ficou entre os 12 e 14 anos.

Os autores classificaram o resultado como "alarmante". De fato, a frequência encontrada não é comparável com qualquer outro segmento populacional conhecido.

2.3.4.2 A situação brasileira comparada com a de outros países

Estudos epidemiológicos realizados em diferentes países estão disponíveis para comparação com os brasileiros, embora tal cotejamento seja limitado pelas variadas metodologias empregadas.

Limitar-se-ão a alguns países americanos a análise comparativa e não serão comentados dados relativos ao álcool e ao tabaco, que constituem problemas prioritários de saúde pública em todos os países referidos.

O México dispõe de um estudo de prevalência de uso de spa, de 1988, citado por MEDINA-MORA e Cols (1990). A prevalência encontrada de uso nos últimos 30 dias entre indivíduos de 12 a 34 anos de ambos os sexos foi: maconha, 1,44 para homens e 0,02% para mulheres; cocaína, 0,44 e 0,00%; tranquilizantes, 0,26 e 0,7%; inalantes, 0,17 e 0,01%. No total, os usuários "ativos" (que usaram nos últimos trinta dias) foram 1,4% dos homens e 0,6% das mulheres para spa exceto o álcool e o tabaco.

Com relação à maconha e aos inalantes, os dados são parecidos com os encontrados por CARVALHO NETO e Cols (1987) no Brasil. No México existe o consumo de heroína (o que ainda não se verifica no Brasil, a não ser episodicamente, embora existam condições para isso (COHEN e Cols, 1987) e o registro foi de 0,19% dos homens entre 12 e 34 anos tendo consumido no ano anterior à pesquisa.

Na Colômbia, os dados referidos por GALVIS & MURRELE (1990) sobre o uso da maconha entre pessoas de 16 a 37 anos estão próximos aos brasileiros: de 1,2 a 2,5% dependendo da faixa etária (maior entre aqueles de 20 a 24 anos). A prevalência de uso de tranquilizantes foi de 4,5 a 6,3%, e de cocaína, 0,2 a 0,5%. O estudo foi realizado em 1987 em amostra de 2.800 pessoas representativa da população urbana do país.

Nos EUA, em pesquisa domiciliar em nível nacional de 1985, a partir de uma amostra de pessoas entre 18 e 25 anos (N=1.804), estimou-se o consumo de maconha no último mês em 21,8%. Quanto à cocaína e inalantes, para a mesma faixa etária, 8,0 e 1,0% de consumo recente, respectivamente (NIDA, 1986, citado por JAFFE, 1989¹). Neste país tem sido constatada uma redução progressiva do consumo destas substâncias desde o início da década de 1980, após um pico máximo de consumo nos anos imediatamente precedentes. A redução do consumo recente tem sido verificada para todas as faixas etárias e para todas as substâncias, incluindo o álcool e o tabaco. Quanto à heroína, também neste país pouco utilizada (sem dúvida mais do que em outros países americanos), verifica-se um envelhecimento da população que a utiliza, indiretamente mostrando que a incidência (casos-novos) tem reduzido (KOZEL, 1990). Apesar desta redução, a prevalência de uso nos EUA é ainda muito superior a de outros países

¹ Trata-se da "National Household Survey on Drug Abuse" de 1985. A referência completa não foi fornecida por este autor.

americanos, com a possível exceção do Canadá, que também mostra tendência decrescente de consumo (SMART, 1990).

Mesmo em comparação com outros países latino-americanos, há no Brasil uma exiguidade de estudos epidemiológicos que pesquisem o consumo na população geral. Em relação à maconha, a situação brasileira se aproxima aparentemente da mexicana e da colombiana, observando-se prevalências baixas de consumo. O mesmo se repete ao se comparar o consumo de inalantes entre os mexicanos e brasileiros.

Quanto à cocaína, que não aparece no trabalho de CARVALHO NETO e Cols (1987), há fortes indícios indiretos de que seu consumo tem crescido no Brasil, como a procura crescente de sujeitos que a utilizam aos serviços especializados (CASTEL & MALBERGIER, 1989), ou o número crescente de apreensões de cocaína ou mortes a ela relacionadas (CHASIN & MÍDIO, 1989). Pesquisa com amostragem representativa da população geral provavelmente iriam detectar seu consumo, caso realizadas hoje. Nas pesquisas entre estudantes já se detecta desde 1974.

Com relação aos estudantes não universitários, a Tabela 3 (p. 67) resume alguns achados de trabalhos americanos. Os trabalhos dos EUA, o canadense e um brasileiro referem-se à prevalência de consumo nos últimos 30 dias ou no último ano. Os demais, à prevalência de consumo na vida.

Com exceção de algumas substâncias em alguns países (exemplo o maior consumo de inalantes nas localidades brasileiras), o consumo nos países americanos em desenvolvimento é semelhante. Os EUA têm cifras maiores, seguidos pelo Canadá, mesmo os dados destes países referindo-se ao consumo no último ano. As duas últimas colunas da Tabela

TABELA 3 - PREVALÊNCIAS (%) DE CONSUMO DE ALGUMAS SPA POR ESTUDANTES EM ALGUMAS LOCALIDADES (CIDADES OU PAÍSES) AMERICANOS.

SUBSTÂNCIA	São Paulo(SP), 1979 ^{1,4} (N=4.174)	São Paulo(SP), 1986 ^{1,5} (N=1.836)	Brasília(DF), 1986 ^{1,6} (N=1.823)	México, 1986 ^{1,7} (N=?)	Bahamas, 1987- 1988(1,8) (N=4.767)	Costa Rica, 1985 ^{1,9} (N= 818)	Ontário, Ca- nadá, 1985 ^{2,10} (N=4.154)	EUA, 1985 ^{3,12} (N=?)	São Paulo(SP), 1986 ^{3,5} (N=1.836)
ÁLCOOL	-	-	85,9	90,2	-	66,0	-	69,8	-
TABACO	-	-	24,5	35,6	-	14,8	-	24,5	-
MACONHA	1,8	3,6	3,4	4,3	3,2	8,2	4,8	21,2	54,2
INALANTES	-	23,4	21,5	19,6	4,4	-	1,5	4,7	-
TRANQUILIZANTES	-	-	-	-	2,5	-	-	3,3	-
COCAÍNA	0,46	0,9	0,5	0,8	1,6	1,7	-	4,5	17,3
								6,7	0,4

Fontes: Dados adaptados dos trabalhos citados:

- 1 Prevalência de consumo uma vez na vida pelo menos.
- 2 Prevalência de consumo no último ano.
- 3 Prevalência de consumo nos últimos 30 dias.
- 4 COSTA (1979), citado por MORGADO e GOLS (1983); estudantes de 10 e 20 graus.
- 5 CARLINI-COTRIM & CARLINI (1987a); entre estudantes de 10 e 20 graus da rede pública.
- 6 BUCHER & TOTUGUI (1988); entre estudantes de 10 e 20 graus, respectivamente, da rede pública.
- 7 CASTRO (1987), citado por FUENTE & MEDINA-MORA(1987); estudantes não universitários, em nível nacional.
- 8 SMART & PATTERSON (1990); entre estudantes de primário e secundário com mais de 11 anos.
- 9 MURILLO (1990); entre estudantes secundários de zonas rural e urbana.
- 10 SMART (1990); entre estudantes de 11 a 19 anos.
- 11 Citado por KOZEL (1990) entre alunos do curso secundário, último ano, estudo em nível nacional.
- 12 Citado por JAFFE (1989), entre estudantes de 20 grau. Porcentagens aproximadas; em nível nacional.

3 referem-se ao uso no último mês e, ao se comparar o consumo de maconha e cocaína entre estudantes brasileiros e estadunidenses facilmente se verifica a grande diferença existente.

Apenas um estudo sobre prevalência de consumo entre "menores de rua", o de MEDINA-MORA e Cols (1982) foi encontrado para comparação com o brasileiro. Os dados brasileiros parecem mais graves. A Tabela 4 (abaixo) resume os achados destas pesquisas.

Tabela 4 - Prevalência de consumo de algumas spa entre "menores de rua" de acordo com dois trabalhos latino-americanos (%).

Substância	SÃO PAULO (SP), 1986 ¹ (N=120)		MÉXICO (DF) ² (N=66)	
	NA VIDA	ÚLT. 30d.	NA VIDA	ÚLT. 30d.
Álcool	-	43,3	28,0	14,0
Tabaco	-	91,7	50,0	46,0
Maconha	60,0	42,5	10,0	1,5
Solventes	77,5	58,3	27,0	25,0

Fonte: dados adaptados dos trabalhos:

¹ CARLINI-COTRIM & CARLINI (1987b).

² MEDINA-MORA e Cols (1982), não se especifica o ano em que os dados foram obtidos.

III ABORDAGENS ATUAIS DE ATENDIMENTO AO TOXICÔMANO

3.1 PROBLEMAS TEÓRICOS E PRÁTICOS DOS ATENDIMENTOS

Antes de passar para uma análise dos modelos de atendimento aos toxicômanos, é preciso uma discussão acerca de algumas facetas terapêuticas e organizacionais sobre as quais um serviço opta necessariamente ao instalar-se ou ao rever sua prática.

Na medida em que a opção por uma estratégia é feita por um serviço, o que se está revelando é, na verdade, tudo aquilo em que esta atuação estará baseada: a corrente teórica a que se filia, as finalidades específicas do serviço no contexto do sistema de saúde em que se insere, o apego maior ou menor a questões de natureza ideológica (quer as "próprias" da ciência, quer as de natureza política ou religiosa), etc.

Espera-se que os tópicos que serão abordados facilitem a discussão sobre a forma como são produzidas as ações de saúde nesta área. Não se trata de desenhar uma estrutura rígida onde os serviços se encaixem necessariamente, mas criar condições para identificação de determina-

dos modos de atuação "terapêutica"¹ ou de atendimento que permitam pensar modelos novos, conforme CAMPOS (1989) delinea as funções de um **modelo assistencial**.

Serão abordados aspectos "problemáticos" (isto é, não consensuais, sobre os quais se hesita e se discute) das práticas de atendimento no campo das toxicomanias.

3.1.1 Cientificidade x ideologia

Talvez não exista no âmbito das ciências que compõem a disciplina de Saúde Mental um fenômeno tão complexo e singular quanto as dependências químicas, as toxicomanias em particular, sobretudo por causa das estreitas relações que este fenômeno estabelece com outras áreas do conhecimento. Incorporá-lo ao corpo de objetos da Saúde Mental, nomeadamente da Psiquiatria, traz dificuldades grandes: as toxicomanias não podem ser enquadradas facilmente no modelo médico de **doença**, pois faltam elementos básicos para isto (principalmente um modelo de etiopatogenia convincente²). Por outro lado, muitas vezes aquilo que é especificamente **médico** é o menos relevante em uma dada situação familiar ou social que envolva o uso, abuso ou dependência de *spa*. Mas parece ser indiscutível que as toxicomanias são também um fenômeno da competência das ciências da saúde, mesmo que esta abordagem não seja suficiente para explicar tudo o que a elas se relacione. Tratar o dependente, reabilitá-lo e, sobretudo, prevenir a ocorrência de casos, têm sido objetivos das ciências da saúde; de que forma estes objetivos têm sido perseguidos?

¹ Utilizar-se-á a expressão "modos de **atendimento**" preferencialmente; é menos específica. Como se verá, as expressões "tratamento" e "terapia" não são aplicáveis, em seu sentido estrito, a alguns serviços.

² Ver seção 2.2.1 a este respeito.

Aqui serão abordados apenas os dois primeiros (tratamento e reabilitação) e especificamente sobre as toxicomanias, coerentemente com a restrição do interesse deste trabalho.

A maneira como o problema das toxicomanias é colocado no dia-a-dia, atualmente, muitas vezes sendo conduzido pela iniciativa leiga, outras vezes obedecendo a uma lógica meramente mercadológica da saúde e, sempre, flutuando ao sabor de decisões políticas contingenciais por parte dos governos, faz levar à reflexão de que se os limites entre ciência, ideologia e senso-comum já são imprecisos para qualquer ramo do conhecimento (DEMO, 1981), no que se refere às terapêuticas das toxicomanias, estes imprecisos limites tornam-se, na verdade, muitas vezes, quase inexistentes.

Um paradoxo é constatado ao se observar a situação geral da terapêutica nesta área. Por um lado, a postura de muitos profissionais parece ser de aversão à abordagem de toxicômanos ou, pelo menos, não os atendem (MILLER & FRANCES, 1986). Este fato tem provavelmente origens históricas detectáveis (ver seção 2.2.2) mas o fator preponderante atualmente parece ser a inadequação das estratégias médico-terapêuticas convencionais aos toxicômanos (BAXTER e Cols, 1988), facilmente inferida a partir da baixa eficácia das intervenções utilizadas. Por outro lado, observa-se que a "terapêutica", que é parte da clínica e, portanto, das ciências da saúde¹, passa a ser exercida por leigos (voluntários sem formação técnica, religiosos, ex-toxicômanos, etc).

¹ O monopólio que a medicina exerce sobre a terapêutica é criticada por SILVA FILHO (1987), entre outros: "...é nesse momento [séc. XIX] que o saber médico se coloca a serviço de uma estrutura social que precisa, para reproduzir, apropriar-se do corpo(...) e do tempo(...)dos indivíduos" (p.82), contrapondo-se, assim, a tudo o que pudesse significar risco a este monopólio, como as práticas médicas populares.

(Não se trata aqui de criticar a laicização dos atendimentos dos toxicômanos, mas constatar este fato. As abordagens leigas parecem ter surgido para preencher um vazio que a Medicina e a Psicologia ainda não preenchem. Historicamente, esta situação é inversa da que se verificou nas outras áreas da Psiquiatria e Medicina: a "Medicina científica" tomou o lugar das práticas populares e lançou o "véu da ilegalidade" sobre estas práticas (SILVA FILHO, 1987). A toxicomania, fenômeno recente tal como se o conhece hoje, fez um caminho inverso: inicialmente tid¹ como objeto da prática médica¹ passou, principalmente a partir das décadas de 1920/30 a ser tratada também por indivíduos sem formação técnica específica em saúde. Os Narcóticos Anônimos, surgidos em 1953 a partir dos Alcoólicos Anônimos (1935), são talvez o exemplo mais evidente deste processo.)

Representantes da própria medicina "científica" são às vezes os primeiros a defender uma abordagem não técnica em preferência a uma abordagem técnica:

*Em numerosas situações, a perspectiva do tratamento e da cura será substituída pela noção de um **acompanhamento** difícil, longo e frustrante. Dentro desta visão, valores tão elementares como simpatia, amizade e calor são tão indispensáveis, ou até mais, do que as qualidades profissionais específicas. Eis porque o próprio conceito de médico-toxicoterapeuta não faz muito sentido; não vemos que formação técnica poderia substituir o trabalho "de campo" efetuado, primeiramente, por não-médicos(...) (CALANCA, 1991, p.58) (grifo do autor).*

Esta posição é por vezes radicalizada por **alguns** grupos lei-

¹ As toxicomanias tornam-se imediatamente objeto médico assim que descritos os primeiros quadros de morfinomania e cocaínomania, na segunda metade do séc. XIX, exatamente quando se configura a medicina científica; esta "coincidência" explica este caminho "inverso" referido no texto.

gos, como alguns grupos de Doze Passos (AA/NA) que empreendem discurso anti-psiquiátrico (EDWARDS, 1987).

Entretanto, a **eficácia** desta reação pára-médica ao fenômeno das toxicomanias parece mostrar-se igualmente pequena quando comparada às iniciativas médicas e psicológicas, embora avaliações terapêuticas formais não sejam frequentes no meio não profissional.

Ambas as iniciativas (leigas e profissionais) não surtem efeitos suficientemente bons para prover as práticas de atendimento de um discurso hegemônico, um paradigma que norteasse esta prática. Parece resultar daí uma multiplicidade de diferentes respostas institucionais que estariam em função sobretudo da **orientação inicial** da equipe que a empreende e menos em função das **reais necessidades** dos toxicômanos (CHARLES-NICOLAS & PRAT, 1991).

Se a ineficácia terapêutica aproxima as abordagens das ciências médicas daquelas "pára-médicas", existem também fatores que as diferenciam.

As abordagens pára-médicas leigas parecem muito mais propensas a reagir ao problema de forma "passional". Escrevem BERGERET & LEBLANC (1991):

Mesmo que tais reações possam encontrar uma justificativa totalmente legítima, na gravidade qualitativa do flagelo, não é menos evidente que o motor principal da inquietude social constatada situa-se no contexto de uma reação defensiva aos sentimentos de responsabilidade e de culpa experimentados tanto pelos indivíduos quanto pela coletividade (p.15).

Criam-se, assim, condições para a emergência de uma prática

que corresponda principalmente a interesses ideológicos, fortemente marcada, portanto, por mundivisões onde preponderam princípios religiosos, interesses políticos e econômicos contingenciais, interesses de classe, etc.

Porém não apenas as iniciativas leigas são passíveis de serem conduzidas ideologicamente. As ciências da saúde, como quaisquer outras, mas talvez ainda mais intensamente, trazem imbutida ideologia:

O lugar estratégico do saber médico é assim o da neutralidade, garantida pela experiência e experimentação. Lugar que lhe permite produzir, encoberto, suas ações normativas. A atividade normativa da medicina diz respeito a seu próprio saber (SILVA FILHO, 1987, p.83).

Mesmo que se procure restringir a discussão apenas ao "científico", pode-se dizer que o conhecimento mais difundido acerca do "problema das drogas" ainda são enunciados como **axiomas**¹, presentes, em maior ou menor grau, em qualquer ramo do conhecimento. DEMO (1981) afirma:

Ao aceitarmos que toda ciência contém axiomas gratuitos, sugerimos que no seu processo de formação há sempre o erro, a ideologia, a deturpação dos fatos, as afirmações apressadas, etc. Não se consegue provar tudo e de tudo ter certeza. Recortamos pequena parcela do real e apenas dela podemos oferecer um quadro relativo do conhecimento (p.9) (grifo nosso).

Como exemplo de "deturpações dos fatos e afirmações apressadas" citam-se duas ocorrências. Aceitava-se que a população de toxicômanos fosse homogênea (e há quem pareça ainda aceitar esta suposição);

¹ Axiomas: "proposições no fundo gratuitas, meramente supostas ou tidas por evidentes" (DEMO, 1981, p.9).

a decorrência disto era a aplicação de práticas terapêuticas indistintas a todos os que eram diagnosticados como toxicômanos (MILBY, 1988). Hoje se sabe dos diferentes quadros co-mórbidos e das diferentes histórias naturais apresentadas por esta população, considerada agora "extremamente heterogênea, tanto do ponto de vista psiquiátrico quando das situações humanas"(INGOLD, 1987). Do axioma "todos os toxicômanos são iguais" pode derivar também a "importação" de técnicas estrangeiras para atendimento a toxicômanos de regiões geográficas e culturas diversas. Esta prática, no mínimo ingênua, provavelmente contribuiria para insucessos terapêuticos.

Outra ocorrência com possíveis implicações técnico- terapêuticas foi a suposição de que o consumo crônico de spa seja sempre um equivalente suicida. ALONSO-FERNANDEZ (1985) se contrapõe a esta idéia, expressa em texto da OMS por ele citado: .

La catalogación de las drogodependências, sobretudo las modernas drogodependências juveniles, como una forma de suicidio crónico, un equivalente suicida, pasa por alto las motivaciones inmediatas de los drogadictos, prendidas a la búsqueda de placer, el alivio de sufrimiento, la curiosidad, el hambre de nuevas vivencias, la evasión de la realidad. (...) Los conocimientos sobre la personalidad del drogadicto y sus motivaciones han avanzado lo suficiente a lo largo de los últimos ocho años para hacer insostenible aquella equiparación formulada en 1976: "Se afirma que el consumo de heroína es una forma de suicidio lento, no sólo por el riesgo de muerte que entrañan las dosis excesivas, sino también a causa del riesgo de septicemia y de hepatitis y del deterioro físico debido a la

pérdida de apetito y a una dieta deficiente" (p.150).

3.1.2 Objetivos terapêuticos e sua avaliação

Diante de alguém que propõe uma nova técnica, se não fizermos uma avaliação, como vamos nos proteger de um eventual entusiástico 110% de recuperação? (MA-SUR, 1989, p.118).

Quando a expressão "objetivos terapêuticos" é referida, atualizam-se vários problemas de natureza conceitual e epistemológica. Imediatamente surge a necessidade de referir-se a **avaliação** das terapêuticas. Os serviços atingem ou não os objetivos a que se propõem? Qual sua eficácia?

Na medida em que se estabelecem objetivos em uma determinada técnica terapêutica, o que se revela é a própria concepção da "patologia" em questão, no caso, as toxicomanias (SILVEIRA FILHO, 1989).

Já foram referidas algumas das dificuldades conceituais relativas às toxicomanias, objetivadas nas variadas definições operacionais diagnósticas dadas ao "problema das drogas" nas últimas quatro décadas (seção 2.1.2). As dificuldades continuam, no entanto, em decorrência das variações históricas e culturais do consumo de spa e também dos novos modelos explicativos surgidos com as pesquisas básicas nesta área. A cada cinco ou dez anos publicam-se novas classificações com critérios diagnósticos diferentes das anteriores.

A questão da avaliação da eficácia, embora enfrentando estes problemas, revela-se atual e importante de ser considerada.

Passados mais de vinte anos desde a constatação da mais recen-

te e grave epidemia de consumo de spa (de heroína, nos países europeus e norte-americanos, no fim da década de 1960), é possível mensurar pelo menos razoavelmente a situação epidemiológica do fenômeno e abandonar a suposição alarmista de que a toxicomania é, por si mesma, uma "doença contagiosa a que não se pode resistir" (INGOLD, 1987). Mesmo uma das mais graves condições a ela relacionada, a infecção pelo HIV e a SIDA, é hoje considerada, embora não curável, tratável e crônica.

Um importante argumento favorável à avaliação dos centros terapêuticos refere-se aos **custos** destes serviços. A terapêutica das toxicomanias, como qualquer outra, supõe custos de variados tipos que precisam ser comparados com os benefícios que produzem, propiciando desta forma parâmetros objetivos para a credibilidade da população em geral, dos toxicômanos e dos governos.

ARIF e Cols (1988) listam os possíveis custos dos serviços de atendimento de toxicômanos:

- a) Custos monetários diretos e indiretos para o paciente;
- b) Custos monetários para o governo;
- c) Custos monetários para a instituição;
- d) Custos de tempo por se dedicar (a instituição) a uma técnica e não a outra mais eficaz;
- e) Custos sociais secundários a um tratamento ineficaz (atos antisociais e improdutividade econômica do paciente) e
- f) Custos para o paciente: incômodos, tempo perdido, persistência dos sintomas.

Assim, não parece serem justificadas as iniciativas "de urgência" destinadas a conter o "flagelo social" das toxicomanias, assim como

as práticas de atendimento "agressivas e cegas" relacionadas a esta suposição (INGOLD, 1987; BUCHER, 1989a, p.114) e, a não ser que os serviços apoiem-se em bases dogmáticas e não admitam qualquer tipo de mudança em suas práticas, seu desempenho há de ser avaliado de alguma forma (ALFANO & NERVIANO, 1988). Este parece ser o caso dos serviços com forte inclinação ideológica.

Se a opinião dos estudiosos converge em direção à **pertinência** da avaliação¹, muito se discute sobre **o que e como** avaliar.

Dificuldades metodológicas graves fazem com que alguns não optem por uma avaliação formal. BUCHER (1989a) comenta, neste sentido:

Com os drogados, a questão da "eficácia" do atendimento, ou seja, da "taxa de recuperação" é das mais problemáticas e mesmo polêmica, pela absoluta falta de critérios homogêneos de avaliação. Quem quer tratar de toxicômanos precisa antes de tudo ter paciência e disponibilidade, sem se preocupar com as taxas de recuperação - que sempre são suspeitas (...) (p.113-114).

Como se vê, não há discordância deste autor quanto à **pertinência** mas sim a dúvida sobre se um eventual instrumento realmente mediria o que lhe parece (a este autor) importante. Estas dúvidas remetem à mesma discussão sobre a **validade de conteúdo** de um instrumento de pesquisa epidemiológica (seção 2.3.2), ou seja, sobre até que ponto os fenômenos pesquisados referem-se ao distúrbio em questão (**o que avaliar**).

RAMOS (1989), apoiando-se em critérios operativos e discretos ,

¹ Nem todos concordam sobre a universalidade desta pertinência. Em uma publicação da OMS sugere-se que os países em desenvolvimento não desenvolvam avaliações terapêuticas na área das farmacodependências por serem custosas financeiramente, já que "podem importar tratamentos de eficácia comprovada em outros lugares" (ARIF e Cois, 1988). Reconhecem, no entanto, as limitações desta "importação", por conta de fatores culturais. Acrescentam que "mais vale ter dados reunidos [sem normas rigorosas] do que não ter dado nenhum, embora se conheçam bem suas limitações na hora de interpretá-los" (p.4).

afirma:

A interação do indivíduo com a droga permite uma avaliação objetiva que, quando se fala em avaliação de eficácia, jamais pode ser desprezada. A droga nos dá este parâmetro fascinante: na psiquiatria, o drogado talvez seja aquele que permita a avaliação mais objetiva das eficácias terapêuticas. (...) Abstinência, espaçamento de consumo, diminuição de dose, diminuição de problemas com o uso, etc. Penso que este é o principal parâmetro, indissociável de qualquer projeto de avaliação de eficácia terapêutica com drogados. (...) Uma boa avaliação de eficácia terapêutica [deve] ter uma metodologia que leve em conta as duas coisas: relação objetiva com a droga e tudo mais que usamos para os outros pacientes (p.73).

KLEBER (1989) também sugere o uso de critérios mensuráveis objetivamente mas ressalta o problema do **tempo de abstinência** necessário para se falar em objetivo atingido.

BUCHER (1989b) contrapõe-se parcialmente a esta visão:

A questão da especificidade do toxicômano não passa somente pela droga: a questão de sua marginalização social em geral, a questão da destrutividade e a questão do prazer determinam, ao meu ver, a especificidade do toxicômano. Pensando sobre isto, pergunto-me se para falar de um critério de avaliação psicodinâmica não deveríamos, em primeiro lugar, pensar em uma mudança da sua "economia de prazer", com ou sem droga (p.94).

Estes autores parecem divergir sobre a **validade de conteúdo** de um eventual instrumento, característica básica que garantiria sua aplicação. As dificuldades para sua determinação são um sinal das dificuldades

metodológicas, até na atualidade não transpostas, para a elaboração de um modelo científico de avaliação de centros de tratamento nesta área (INGOLD, 1987), ou seja, como avaliar.

MILBY (1988) delinea alguns parâmetros norteadores de um processo de avaliação: a) independência do processo de avaliação (feita por equipe não comprometida com os resultados); b) definição do sucesso terapêutico de um caso; c) uso de procedimentos de controle; d) critérios de admissão que não selecionem pacientes menos graves ou com história pessoal e familiar menos comprometida; e) acompanhamento a longo prazo dos casos; f) emprego de técnicas terapêuticas passíveis de serem descritas e g) descrição do treinamento e especificidades da equipe. ARIF e Cols (1988) e INGOLD (1987) sugerem ainda os itens: h) reunião de uma população em tratamento suficientemente numerosa para o estudo; i) extensão da avaliação não só aos clientes de um serviço mas levar em consideração a clientela potencial deste serviço (já que muitos não irão procurá-lo e poderão melhorar espontaneamente); j) estabelecimento de uma **tipologia** dos toxicômanos (com critérios antropológicos, clínicos e jurídicos) e l) existência de um instrumento epidemiológico de medida que reconhecesse as principais tendências do "fato toxicomaniaco", como forma de medir a adequação do serviço às necessidades da população-alvo.

Instrumentos de avaliação que estejam de acordo com estes parâmetros metodológicos seriam produto de uma elaboração extremamente trabalhosa, complexa e cara.

Alguns trabalhos procuram estudar certos tópicos específicos, como o de WILKINSON e Cols (1987), por exemplo, que procura estabelecer uma tipologia de usuários entre sujeitos atendidos em um programa

terapêutico, gerando desta forma variáveis dependentes para avaliação do prognóstico. MITCHELL (1987), abordando outro aspecto parcial, mostrou que o tempo de permanência de um sujeito em um serviço de comunidade terapêutica se relaciona com uma percepção "positiva" da terapia de grupo e do papel do "conselheiro". Os trabalhos que estudam a história natural das toxicomanias (por exemplo, MASUR & GALDURÓZ, 1989; KANDEL & RAVEIS, 1989; HAMMER & VAGLUM, 1990) são úteis para se avaliar melhoras espontâneas (não devidas a tratamento).

3.1.3 "Exclusividade" para toxicômanos

Cada serviço¹ precisa optar quanto à exclusividade ou não de seu atendimento. Atenderá exclusivamente aos toxicômanos ou também àqueles cujos problemas restringem-se ao álcool? O programa será parte de um serviço de psiquiatria geral (utilizando a mesma área física, mesmo pessoal de apoio, etc) ou será específico para dependentes de spa? Quanto aos profissionais assistentes, deverão investir a totalidade ou apenas parte de seu tempo à "adictologia"?

Uma decisão acerca destas questões dependerá, naturalmente, de variáveis como a disponibilidade de instalações físicas e de pessoal, a demanda existente de toxicômanos e do interesse pessoal de cada um dos profissionais.

Há de se analisar, contudo, um parâmetro menos contingencial dos que os mencionados: havendo demanda, interesse e recursos materiais suficientes, o conhecimento disponível acerca da terapêutica das toxicomanias aponta para a necessidade de serviços específicos?

¹ A discussão que será feita a seguir refere-se a serviços de atenção secundária e terciária; excluem-se aqui os prontos-socorros.

Os autores que foram objeto desta revisão parecem partir do pressuposto que os serviços específicos para dependentes são os mais apropriados; alguns autores propõem ainda serviços separados para alcoolistas e toxicômanos. No mínimo, recomendam-se setores para atendimento especializado em toxicomanias dentro de serviços gerais de saúde mental (OLIEVENSTEIN, 1988b).

Os argumentos neste sentido são vários. A inclusão de todos os toxicômanos entre os "doentes mentais", além de não estar amparada com o rigor científico desejável, não costuma ser aceita pelos próprios toxicômanos. O atendimento destes nos ambulatorios e hospitais psiquiátricos gerais provavelmente favoreceria ainda mais suas resistências ao tratamento. Os serviços psiquiátricos gerais não estão, em geral, providos de recursos para lidar com problemas advindos de uma concentração de toxicômanos em um mesmo espaço físico (principalmente os problemas relativos às atuações). Outro argumento é que a inclusão de toxicômanos em meio a psicóticos não toxicômanos geraria problemas novos para estes últimos, advindos de um contato com substâncias psicoativas que eventualmente se "disseminassem". Finalmente, a existência de centros específicos de tratamento favorece a pesquisa de técnicas terapêuticas "orientadas para uma visão prospectiva", visando progressiva elaboração técnica (OLIEVENSTEIN, 1988b).

Estes mesmos argumentos poderiam, em parte, ser utilizados para defender a separação de alcoolistas e toxicômanos. Porém a colocação desta questão não é simples. Parece ser frequente a associação do abuso de álcool e outras substâncias simultaneamente; ou então a substituição pelo álcool após o cessamento do consumo de outras spa. As perguntas

básicas a serem feitas são: a) até que ponto as semelhanças dos quadros psicopatológicos do alcoolismo e das toxicomanias superam as dissemelhanças? e b) até onde as diferenças existentes indicariam diferentes técnicas terapêuticas?

Enquanto a clínica psiquiátrica não diferencia com suficiente precisão sub-grupos homogêneos candidatos a abordagens comuns, o mais prudente parece ser **individualizar** o atendimento, independentemente da concomitância do uso de diferentes substâncias. Esta conduta, aparentemente tomada e advogada pela maioria dos serviços, pode revelar-se superficial, correndo-se o risco de uma abordagem do tipo "linha de montagem", a mesma técnica para todos (MILBY, 1988).

No Brasil, os centros de tratamento que lidam com esta questão o fazem de formas diferentes; alguns optam por tratar também alcoolistas e outros atendem especificamente a toxicômanos (ver, por exemplo, AFIP, 1989), embora oficiosamente a recomendação seja por uma abordagem conjunta (RECOMENDAÇÕES..., 1989).

Quanto à existência de profissionais exclusivamente dedicados às toxicomanias, parece não haver dúvida de que uma subespecialização nesta área é defensável, e na prática existente (MILLER & FRANCES, 1986), embora não pareça ser oficialmente reconhecida em país algum (GALANTER, 1989; SCHEIBER, 1989). A coexistência de diagnósticos e a má delimitação clínica provavelmente impedem uma separação da "adictologia" da Psiquiatria geral. Mas o mesmo argumento (co-morbidade) pode ser utilizado para propor equipes subespecializadas no complexo atendimento de, por exemplo, psicóticos toxicômanos (KOFOED e Cols, 1986).

3.1.4 Voluntariedade nos atendimentos

O problema da voluntariedade ou compulsoriedade dos atendimentos é influenciado pela legislação que vigora em cada país. No Brasil, o tratamento ainda é obrigatório por lei¹ (Lei nº 6.368, de 21/10/76, Art. 10º), o que parece ser um exemplo da inadequabilidade de algumas leis à realidade dos fatos cotidianos. O sistema de saúde não dispõe de "estabelecimentos especializados para o tratamento de dependentes" (Art. 9º) na maioria das cidades e, mesmo que dispusesse, não é possível legislar sobre a vontade de um sujeito em tratar-se, sobretudo ambulatorialmente (Art. 10º, § 1º)².

A origem da compulsoriedade nos tratamentos médicos em geral é complexa, perpassando funções de controle social mas também o "paternalismo" característico da profissão (APPELBAUN & ROTH, 1984). No caso das toxicomanias, a questão é ainda mais complicada: a obrigatoriedade do "tratamento" poderia ter finalidade meramente de mercado: a redução da demanda por um produto de comércio ilegal.

De um ponto de vista exclusivamente clínico, o tratamento involuntário de toxicômanos não parece diferir das demais situações comuns ao restante da psiquiatria e medicina (APPELBAUN & ROTH, 1984). Prevalece a opinião, obviamente, que um tratamento voluntário é sempre desejável e relacionado com melhores respostas às intervenções. No entanto, nem sempre um toxicômano está em condições de fazer uma escolha clara

¹ Esta lei será em breve substituída por outra que prevê eventualmente a suspensão do processo caso o toxicômano se comprometa a iniciar o tratamento, segundo informações da imprensa (Folha de São Paulo, 25/08/91, p.4-6).

² Neste parágrafo se lê: "...o dependente **será submetido** a tratamento..." (grifo nosso). O modo imperativo utilizado não se adequa à realidade clínica. Comentando esta lei, SANTOS (1977) observa quanto a este parágrafo: "o toxicômano é um paciente difícil. Incômodo. Não tendo, a rigor, totalmente comprometida sua higidez mental, às vezes não se conforma com a situação, não aceita, contesta..." (p.39), referindo-se à internação compulsória.

e coerente. Em períodos em que a compulsão ao uso se torna irrefreável, caminhando rapidamente para uma superdosagem, ou quando se instala um quadro psicótico ou depressivo com risco de suicídio, o processo decisório passa a prescindir da contribuição do paciente (KALINA, 1988; SONENREICH, 1982; CASTEL e Cols, 1989).

A não ser nestas situações críticas, há de se fazer um esforço para suscitar a motivação geralmente ambivalente do paciente para o tratamento. Esta ambivalência leva alguns autores a desenvolver técnicas que favoreçam o sucesso do primeiro contato do toxicômano com o serviço ("acolhimento") (NERY FILHO e Cols, 1989; BUCHER, 1989a).

Para pacientes referidos pela justiça, SCHOTTENFELD (1989) recomenda um esforço para que se institua uma aliança terapêutica entre o profissional e o paciente, baseada em objetivos comuns. Em último caso, com a recusa do paciente, o tratamento seria terminado e o paciente retorna ao sistema judiciário. Este autor chama a atenção também para as dificuldades dos profissionais em um atendimento involuntário: dificuldades diagnósticas, terapêuticas e de contratransferência.

3.1.5 Gratuidade

A gratuidade do atendimento é às vezes citada como elemento importante do *setting* terapêutico. Alguns argumentos aventados são o da necessidade de uma contraposição ao que possa associar-se à "economia das drogas" (NERY FILHO e Cols, 1989) e a especificidade do encontro terapeuta-toxicômano, a ser realizado sem outra justificativa exceto à da resposta a um pedido de ajuda (BUCHER & COSTA, 1988). KLEBER (1989) recomenda que pelo menos o acesso inicial a um serviço seja gra-

tuito; posteriormente seriam aumentadas as solicitações sobre o paciente.

3.1.6 Diagnósticos múltiplos (comorbidade)

É sabido o fato de que boa parte dos toxicômanos - assim como também dos alcoolistas - apresentam sinais e sintomas suficientes para que um segundo diagnóstico psiquiátrico seja feito (sem considerar os quadros psicorgânicos confusionais ou psicóticos diretamente relacionados ao uso da substância).

Inversamente, indivíduos com outros diagnósticos psiquiátricos usam e abusam de spa não prescritas medicamente com frequência significativamente maior que a população geral (BARBEE e Cols, 1989; ROSS e Cols, 1988; WELLER & HALIKAS, 1985).

A literatura existente aponta para uma prevalência que varia de 20 a 60% de outros diagnósticos associados ao abuso e dependência de spa. Os diagnósticos mais citados (exceto o abuso associado de álcool, existente em cerca de 40% dos toxicômanos) são o de distúrbios afetivos (principalmente depressão), distúrbios de ansiedade (principalmente fóbicos), personalidade anti-social, esquizofrenia, personalidade esquizotípica e déficit residual de atenção (ROSS e Cols, 1988; JAFFE, 1989; BUKSTEIN e Cols, 1989).

A relação entre abuso de spa e psicopatologia é de difícil interpretação. A "cronologia" da comorbidade (qual dos diagnósticos teria surgido inicialmente) é de difícil estudo uma vez que a adolescência é um período de alto risco para vários problemas se manifestarem, incluindo o uso de spa. O modelo de uma "hierarquia diagnóstica" (um fenômeno secundário a outro) não é, assim, de fácil aplicação. Estudos com conclu-

sões opostas foram feitos, embora reflitam achados em populações em uso de diferentes substâncias (DORUS & SENAY, 1980; CHRISTIE e Cols, 1988; DeMILIO, 1989).

Um outro modelo explicativo de quadros de comorbidade é o modelo da automedicação. Estudos mostrando a preferência por algumas spa sobre outras por esquizofrênicos (SCHNEIER & SIRIS, 1987) ou o uso mais frequente de spa por adolescentes com distúrbio depressivo maior (DEYKIN e Cols, 1987) corroboram esta hipótese. O uso de spa como automedicação também durante crises adaptativas deve ser considerado, o que acarreta importantes implicações preventivas (SIMON, 1987). Um fator originando dois diferentes problemas configuráveis como psiquiátricos também pode ser aventado como hipótese para comorbidade (por exemplo, os diferentes tipos de problemas típicos do processo de adolescência (KNOBEL, 1983).

Independentemente da relação existente entre toxicomania ou abuso e uso de spa e outros quadros mórbidos, existem algumas implicações práticas deste fato.

OLIEVENSTEIN (1988b) chamou a atenção para os diferentes níveis de motivação para um tratamento que são observados em indivíduos com diferentes características de personalidade. Como exemplo, cita os toxicômanos com "estrutura realmente psicótica": a retirada da substância não estaria significando a retirada de um fator de estabilidade em suas vidas? Este questionamento mostra-se cada vez mais atual, na medida em que crescem as evidências de um abuso "automedicamentoso" por esquizofrênicos, como citado anteriormente.

Outra questão emergente é a necessidade de desenvolvimento de

técnicas específicas de atendimento para estes pacientes. As dificuldades de se tratar esquizofrênicos que abusam de spa são bem conhecidas e delas resultam, geralmente, a exclusão do paciente dos serviços ambulatoriais, uma vez que não se adaptam aos programas habitualmente propostos para psicóticos ou toxicômanos separadamente (HELLERSTEIN & MEEHAM, 1987). McLELLAN E Cols (1983) mostraram como os pacientes com sintomatologia psiquiátrica mais grave respondem menos aos vários programas de reabilitação em uso. Com relação aos esquizofrênicos, equipes próprias para tratar destes pacientes (e não duas equipes diferentes de uma mesma instituição) têm sido recomendadas como forma de garantir o complexo atendimento necessário (KOFOED e Cols, 1986; KALINA, 1991).

De fato, as técnicas usuais para o manejo de psicóticos e toxicômanos são muitas vezes antagônicas. Em situações de tratamento em grupo, por exemplo, enquanto uma abordagem pouco diretiva e acrítica costuma ser utilizada para psicóticos, as técnicas de confrontação são quase sempre necessárias para toxicômanos (HELLERSTEIN & MEEHAN, 1987). Sólida experiência deveria ser requerida de uma equipe para que ocorra uma abordagem equilibrada. O mesmo é aplicável com relação à psicofarmacoterapia destes pacientes.

Apesar de se haver centrado nos quadros de comorbidade toxicomania-esquizofrenia, o mesmo raciocínio pode ser utilizado para os outros diagnósticos. No entanto, um elemento essencial no atendimento destes pacientes e, aparentemente, nem por isso já resolvido na prática da maioria dos serviços, é a questão da **formulação** de diagnósticos. Aparentemente não são muitos os profissionais que abandonaram a postura de que "todos os toxicômanos são iguais", como se verá adiante. Esta situa-

ção só parece ser modificável a partir de intervenções educacionais na reciclagem dos profissionais.

Com relação à estrutura dos serviços que atendem a toxicômanos, a maioria talvez não comportasse um acompanhamento conjunto de outro distúrbio psíquico grave. Alguns serviços brasileiros têm como critério de exclusão a presença de transtornos psicóticos ou neuróticos graves, o que significa não atender parcela considerável dos toxicômanos. Por outro lado, na ausência destes critérios de exclusão, corre-se o risco de se manter pacientes com outros sérios diagnósticos fora de um tratamento adequado. Este fato parece ocorrer com alguma frequência, possivelmente até mesmo entre os grupos de ajuda mútua (AA/NA), que são serviços com grande procura e, às vezes (alguns grupos), com postura francamente anti-psiquiátrica (EDWARDS, 1987).

3.1.7 "Ilegalidade do sintoma" e comportamentos antisociais dos toxicômanos

Atitudes antisociais passíveis de punição legal e o consumo de spa são fenômenos correlacionados que têm sido verificados desde o início do século. Depois de instituídas leis normatizadoras do comércio de algumas substâncias, seguiram-se leis que proibiram totalmente sua produção, venda, porte e uso. O tipo e a quantidade de substâncias proibidas, assim como as penalidades às quais se sujeitam os infratores, variam de acordo com o país e em diferentes épocas em um mesmo país. Por exemplo, a "Lei Seca", 18ª emenda constitucional norte-americana, que proibia a fabricação e comércio de bebidas alcoólicas, vigorou de 1920 a 1933.

Hoje, a indústria de bebidas alcoólicas é uma das maiores no mundo. No Brasil, onde vigora a legislação normatizadora de 1984 (Portaria nº 2, de 30/03/84), ainda hoje facilmente se compra medicamentos constantes da "relação B" (tranquilizantes menores, anorexígenos, alguns analgésicos, etc. - todas substâncias de potencial abuso) sem a prescrição e receita médica correspondente. Quanto à maconha, é sabida a condescendência crescente dos órgãos policiais repressores ao porte de pequenas quantidades, no Brasil e no exterior.

A relação entre ilicitude e spa não se restringe ao ato de manejo e comércio de uma substância ilícita nem tampouco a atitudes antisociais envolvidas na procura de meios para sua compra e utilização. Nas últimas décadas fez-se uma discussão que procura estabelecer associações de causalidade entre uso de spa e criminalidade ou entre estes dois fenômenos e outras circunstâncias que lhes sejam comuns. Esta última linha é a que tem sido mais cogitada. A estrutura ilícita do comércio de algumas substâncias forneceria o "pano-de-fundo" de onde emergiria esta associação de fatos (BEAN & WILKINSON, 1988). BURGESS e Cols (1987) estudaram sujeitos que sofreram abuso sexual na infância e sugerem uma relação entre este fato e o uso de álcool e outras spa assim como atitudes antisociais no futuro. Vários outros antecedentes comuns a estes dois fenômenos foram propostos (HAGGERTY e Cols, 1989; SCHUBERT e Cols, 1988).

Na prática clínica interessa sobretudo o fato de que muitos toxicômanos têm conduta antisocial (e diagnóstico de personalidade antisocial) e o fato de que a população carcerária é, em parte, constituída

de usuários de spa, eventualmente dependentes. Os dois fenômenos acarretam dificuldades técnicas adicionais. Por um lado, os serviços precisam lidar frequentemente com atuações (*acting-out*), às vezes empreendidas grupalmente. Por este motivo, alguns serviços optam por não atender sociopatas (SILVEIRA FILHO, 1989). Por outro lado, o manejo técnico-terapêutico de uma população carcerária é difícil, embora existam relatos de experiências bem-sucedidas (GLATT, 1985).

3.1.8 Anonimato

O anonimato, além de garantido por lei¹, constitui-se em importante preceito no atendimento de toxicômanos. Possibilita que a relação entre terapeuta e paciente permaneça centrada apenas em questões clínicas individuais, caso seja o desejo do paciente. Na prática, porém, o profissional de saúde nem sempre pode resguardar o completo anonimato do paciente, como na situação de seropositividade para o HIV, comum atualmente entre os toxicômanos, que precisa ser comunicada ao(s) parceiros(s) sexual(is) do paciente. O código de ética de médica admite exceção ao segredo a que o profissional se obriga ("por justa causa") embora, evidentemente, este procedimento deva se fazer de preferência com o consentimento do paciente.

O anonimato, assim como o voluntariado e a gratuidade, permite o estabelecimento de uma relação clínica dissociada de fatores sócio-econômicos contingenciais, facilitando a formulação de uma demanda por tratamento.

Em uma área onde o tratamento médico surgiu sob a égide do controle legal sobre o sintoma, é importante assegurar ao paciente o ano-

¹ Lei nº 6.368 de 21/10/76, art. 109, § 2º. Este parágrafo determina também a regra de notificação compulsória dos casos atendidos, resguardando o anonimato.

nimato (pelo menos com relação aos poderes públicos) como forma de garantir a confiança.

3.1.9 SIDA

Usuários por via intravenosa têm chegado aos serviços especializados brasileiros com frequência crescente (CASTEL & MALBERGIER, 1989), o que talvez represente uma maior ocorrência deste padrão de uso na população. Por outro lado, a transmissão do HIV através de uso compartilhado de seringas e agulhas já corresponde à maioria dos casos-novos de SIDA em algumas localidades (OLIVEIRA, 1991), tendência verificada em muitos países.

O crescente número de usuários de spa por via intravenosa seropositivos faz suscitar novas indagações acerca da terapêutica da dependência de spa.

Dentre os objetivos do tratamento precisará estar o manejo das dificuldades emocionais peculiares a todos os indivíduos com SIDA, ou complexo sintomatológico relacionado a SIDA, ou simplesmente a seropositividade, além dos objetivos usuais de um tratamento para toxicomania, que em geral visa a abstinência total de spa.

Os toxicômanos são provavelmente uma população com dificuldades maiores de lidar com estas duas classes de objetivos. A redução do uso pode revelar-se especialmente difícil para os sujeitos que se auto-medecam com as spa de que são dependentes, característica reveladora de maiores inabilidades de manejo de afetos dolorosos.

Os toxicômanos lidam com emoções como raiva, culpa e depressão (comuns aos seropositivos para HIV) de maneira talvez menos elaborada,

recorrendo frequentemente a defesas mais arcaicas como a projeção, negação e o *acting-out* (incluindo o próprio uso de spa). Há desta maneira uma maior probabilidade de desenvolvimento de síndromes psiquiátricas para as quais os profissionais assistentes precisam estar preparados. BATKI e Cols (1988) comentam as peculiaridades desta situação e recomendam uma maior flexibilidade no objetivo terapêutico de uma abstinência completa de spa. Enfatizam também a necessidade de cuidados de serviço social como forma de reduzir o nível de estresse por que passam estes pacientes, com visitas domiciliares, psicoterapia "de suporte", além de aconselhamento sobre práticas sexuais seguras e uso adequado de seringas e agulhas.

O diagnóstico de SIDA pode mostrar-se, por outro lado, não um empecilho para psicoterapia mas um fator de engajamento do paciente neste processo, como se verá no capítulo IV a partir das contribuições dos serviços campineiros.

3.1.10 Baixa demanda e baixa "adesão" ao tratamento

Os serviços que se iniciam na terapêutica de toxicômanos poderão enfrentar "problemas" com relação à baixa demanda pelo trabalho iniciado. Este fato constituiria um paradoxo caso o alarde dos meios de comunicação correspondesse à prevalência de toxicômanos na população.

Na ausência de dados epidemiológicos acurados sobre os quadros de dependência, levantam-se algumas hipóteses: a) haveria uma demanda reprimida que não chega aos serviços existentes por desinformação, desconfiança ou descrédito em sua eficácia; b) os dependentes não formulariam demanda como os demais usuários do sistema de saúde, sendo en-

tão preciso abordá-los diferentemente e c) haveria uma real baixa prevalência dos toxicômanos havendo, assim, necessidade de pesquisas epidemiológicas que ajudassem a dimensionar os serviços a serem oferecidos.

É provável que cada uma destas hipóteses explique parcialmente a aparente baixa demanda pelos serviços.

As hipóteses a e b ganham força, no entanto, quando se verifica a aparente baixa aderência de toxicômanos aos serviços onde iniciam acompanhamento clínico. BUCHER (1989a) relata que da clientela atendida em 1987 no Cordato-UnB (Brasília, DF), 51,5% compareceram uma ou até duas vezes aos atendimentos; apenas 9,7% mantinham-se comparecendo até o final de 1988. Apesar de estes números não significarem necessariamente que o vínculo de 90,3% dos usuários não fora estabelecido (afinal não se sabe se voltarão ou se um ou dois encontros já não foram significativos para o prognóstico favorável), eles fazem pensar em uma real baixa adesão. Este fenômeno, se existente de fato, poderia ser explicado a partir das reconhecidas dificuldades de os toxicômanos em suportar lidar com seus problemas psíquicos, o que os afastaria dos serviços especializados. É BUCHER (1989 a), no entanto, que sugere a hipótese de que o "acolhimento", ou seja, a abordagem feita, é que não estaria adequado a estes indivíduos.

SZAPOCZNIK e Cols (1988), consideram que o baixo engajamento dos que abusam de spa, assim como de suas famílias, é um dos obstáculos mais urgentes a serem transpostos no tratamento desta população; sugerem alguns procedimentos para se abordar as resistências familiares em iniciar o acompanhamento, valendo-se de uma abordagem sistêmica instituída antes mesmo da entrada da família em psicoterapia.

Quanto à hipótese c, levantada acima, são evidentemente necessárias pesquisas regionais sobre os padrões de uso de spa, para que se dimensione o número de vagas (para cada tipo de serviço) a serem oferecidas. Provavelmente são precisos centros de tratamento em cada centro metropolitano, que cobririam a demanda de toda uma região (CARLINI, 1981).

3.2 MODELOS E TÉCNICAS DE ATENDIMENTO ATUAIS

"Dependências químicas são uma das mais intratadas das moléstias tratáveis da medicina. Estima-se que apenas 10 a 15% das pessoas com este problema obtêm tratamento, apesar de que quase 100% deles vêm em um médico pelo menos uma vez por ano" (WHITFIELD, 1988, p.465).

Este autor refere-se também aos **alcoolistas** norte-americanos. A situação pode ser pior para os toxicômanos, isoladamente, que em geral não têm acesso tão frequente aos serviços médicos. Mesmo em países desenvolvidos, portanto, parecem haver dificuldades de o sistema médico atender aos dependentes de spa. Os serviços que a este atendimento se destinam mostram-se aparentemente inadequados à potencial demanda, pois devem atender a apenas pequena parcela destes pacientes.

Procurar-se-á abordar aqui a grande variedade de tipos de serviços existentes, destinados ao atendimento de toxicômanos. Todos parecem ter em comum esta baixa "cobertura" da demanda e, provavelmente, uma eficácia insuficiente para que se imponham como hegemônicos.

Discutir sobre modalidades de atendimento não significa pressupor que as diferentes características destes modelos relacionem-se com os prognósticos. WESTERMEYER (1989) aponta para o fato de que outros

fatores, não relacionados diretamente às modalidades de tratamento, parecem relacionar-se mais frequentemente ao prognóstico, como certas variáveis sócio-econômicas (estar casado, estar empregado), a não-coerção, mesmo informal, ao tratamento, e a concordância com as recomendações do programa por parte do paciente.

As causas do polimorfismo das instituições, utilizando expressão de CHARLES-NICOLAS & PRAT (1991), são várias e aparentemente justificáveis pelo atual estágio de desenvolvimento da saúde mental nesta área. Nos últimos anos, para estes autores, a tendência histórica tem sido a substituição de práticas baseadas em posições "ideológicas e passionais" por posições "pragmáticas e sem preconceitos". (Aparentemente, no entanto, esta tendência não parece ser dominante em todas as regiões, como se verá no capítulo IV.)

Serviços com estruturas de funcionamento diferentes são mesmo necessárias, dada a heterogeneidade da população de toxicômanos SHEEHAN e Cols (1988). Esta heterogeneidade não é apenas psicopatológica, é também cultural e sócio-econômica (por exemplo, as minorias étnicas em alguns países, os indivíduos sem moradia ou "menores de rua", todos provavelmente com necessidades específicas).

A multiplicidade de serviços deveria prover o sistema de saúde das seguintes características (TONGUE & TURNER, 1988): a) estabelecer e manter o contato com toxicômanos e os que abusam de spa; b) prover estratégias de tratamento e reabilitação (controle do mau uso de spa, mudanças no estilo de vida) e c) estratégias de reabilitação social.

Quanto ao item b, que aqui tem particular interesse, o sistema de saúde deveria utilizar-se das seguintes técnicas e estratégias, segun-

do MILLMAN (1988), TONGUE & TURNER (1988) e WHITFIELD (1988): a) grupos de pessoas com os mesmos problemas como forma de "suporte" psicoterápico; b) grupos de 12-Passos; c) alternativas ao uso (por exemplo atividades de lazer); d) psicofarmacoterapia para casos com psicopatologia grave; e) atendimento familiar; f) atividades pedagógicas e g) tratamento das complicações médicas. Técnicas psicoterápicas individuais são também sugeridas por outros autores.

Um sistema que proovesse estas características certamente seria de complexa coordenação. SKUTLE (1987) chama a atenção para as dificuldades em se coordenar serviços desta natureza. Percepções ("ideologias") conflitantes sobre o abuso e dependência de spa estariam, para este autor, na origem destas dificuldades, tanto entre os próprios serviços "especializados" quanto entre estes serviços e aqueles da "linha de frente" (prontos-socorros e serviços de atenção primária). Divergências quanto ao entendimento desta questão, mesmo em seus aspectos mais básicos, são presentes no meio acadêmico (por exemplo, em KLEBER, 1988), sendo assim esperado que também os serviços divirjam, às vezes a ponto de impedir interações.

BUCHER & COSTA (1985) percebem uma "polarização" dos serviços entre aqueles com uma concepção "liberal" e os de concepção "coercitiva", identificando dentre estes últimos os que se utilizam de técnicas comportamentais.

Tem-se, portanto, uma situação que exige uma complexa rede assistencial, associada a uma aparente ausência de condições para coordenação dos serviços. A situação se complica ainda mais porque em geral não se tem controle externo sobre as técnicas empregadas (avalia-

ções, mesmo informais, feitas a partir de publicações em revistas especializadas). Os serviços passam a constituir-se em "caixas-pretas" sobre cujos processos terapêuticos nada se pode inferir (EDWARDS, 1989).

Nesta seção da dissertação procurar-se-á estabelecer uma certa ordem descritiva neste campo onde as alternativas de atendimento são muito variadas.

Como forma de facilitar esta análise, será utilizada a classificação proposta por BUCHER & COSTA (1988; 1985) quanto aos modelos de atendimento aos usuários de spa. A esta classificação serão acrescidos dois novos itens.

Estes autores criticam os diferentes modelos existentes, "tributários, em maior ou menor extensão, de visões unilaterais", que valorizariam um dos três fatores de cujo encontro decorreria a toxicomania: a **personalidade** do indivíduo (fator psicológico), o **momento sócio-cultural** e o **produto** (a spa, como substância química inerte). (Este "tripé", supostamente ligado aos quadros de toxicomania, permeia a produção teórica de OLIEVENSTEIN (1988a, por exemplo), na qual se baseiam parcialmente BUCHER & COSTA (1988, 1985).)

Assim, de acordo com o fator mais valorizado pelas estratégias de atendimento, classificam-se desta forma os modelos¹:

- a) Modelo psiquiátrico;
- b) Modelo comportamental (com sua "variante religiosa");
- c) Modelo "relacional" (este proposto por aqueles autores).

O modelo utilizado pelos programas baseados nos 12-Passos não se enquadra em nenhum dos anteriores, como será justificado adiante. Algumas outras técnicas igualmente não podem ser enquadradas nestes

modelos. Por este motivo, acrescentam-se aqui:

- d) Modelo do programa dos 12-Passos (NA/AA) e
- e) Outras técnicas.

Observa-se que esta classificação não leva em consideração se o atendimento se faz em ambulatório, hospital, hospital-dia, comunidade terapêutica, etc., mas sim os **princípios** utilizados. As formas de estruturação física e administrativa dos serviços serão abordadas na seção 3.3.

3.2.1 Modelo psiquiátrico

BUCHER & COSTA (1988) chamam a atenção para a inadequação da Psiquiatria "corriqueira" aos toxicômanos:

Na prática psiquiátrica tal como realmente se exerce, no hospital ou no ambulatório, prevalecem as considerações de ordem biológica (...) [que] representam apenas uma vertente do fenômeno toxicomania, aquela que, precisamente, se deixa resolver, a curto prazo, pela cura de desintoxicação (p.71).

Não parece ser somente esta a abordagem **não corriqueira** da Psiquiatria. MILLMAN (1988) caracteriza o modelo psiquiátrico a partir da necessidade vista por esta especialidade de tratar o problema subjacente, o uso de spa sendo entendido como auto-medicação. Este autor considera as vantagens desta prática, que diminui o risco de permanecerem não diagnosticados e intratados problemas psicopatológicos graves. Porém, considera que o ambiente psiquiátrico é inadequado aos toxicômanos, pois os isola e os "desmoraliza".

Para MILBY (1988) o objeto médico por excelência no campo das toxicomanias é o tratamento da superdosagem. No entanto, além de lidar

com a intoxicação aguda e procurar fazer diagnósticos e tratar a psicopatologia subjacente, a abordagem psiquiátrica também procura técnicas de reduzir diretamente o uso e a necessidade subjetiva de uso de *spa* (*craving*), com o emprego de psicofármacos. Estas pesquisas baseiam-se em um modelo neurofisiológico de dependência (GAWIN & ELLINWOOD, 1988). WEISS & MIRIN (1989), por exemplo, revisam também o uso de antidepressivos tricíclicos nos quadros de dependência a cocaína e opiáceos e concluem que as evidências existem quanto à resposta favorável de alguns pacientes a alguns antidepressivos, embora a resposta possa ser muitas vezes paradoxal, com intensificação ou retomada do uso (WEISS, 1988). As limitações do uso de psicofármacos em cocainômanos são apontados também por GAWIN (1988), para quem as evidências são de que os psicofármacos seriam úteis em **iniciar** a abstinência, e não em mantê-la (o que dependeria de psicoterapia). Em estudo duplo-cego, GAWIN e Cols (1989) concluem que a desipramina reduz substancialmente o uso e o *craving* nas primeiras seis semanas de administração, quando comparado com o uso de placebo.

Os estudos neste sentido são recentes e necessitam de pesquisas que lidem com os problemas metodológicos específicos (dificuldades na confiabilidade diagnóstica, medição de níveis plasmáticos, conhecimentos sobre a história natural da dependência) (WEISS & MIRIN, 1989). KOSTEN (1989) considera, porém, como candidatos *a priori* às intervenções farmacológicas três tipos de pacientes usuários de cocaína: a) aqueles que desenvolveram neuroadaptação; b) aqueles com vulnerabilidade psiquiátrica e c) aqueles com riscos médicos secundários ao uso continuado de cocaína, pacientes para quem a "indução" de abstinência se faz urgente.

Apesar de as pesquisas em Psiquiatria lidarem atualmente com este problemas bem circunscritos (identificação de sub-populações com "histórias naturais", respostas a psicofármacos e comorbidades específicas), não se pode dizer que a **prática** psiquiátrica se conduza sobre estas bases.

De um lado, incorporam-se os toxicômanos à clientela psiquiátrica e os "tratam" indistintamente (BUCHER & COSTA, 1988). De outro, são admitidos como úteis o "conceito de doença" (*disease concept*), programas de 12-Passos são icentivados e psicoterapias de "suporte" recomendadas pela maioria dos psiquiatras subespecialistas (MILLER & FRANCES, 1986). Assim, não parece configurar-se, na **prática**, um "modelo psiquiátrico" claro e original.

3.2.2 Modelo comportamental

As terapias comportamentais supõem que o comportamento de uso abusivo e dependente de spa seja **aprendido**, de forma que os mesmos mecanismos de aprendizagem envolvidos na aquisição deste comportamento seriam utilizados na sua interrupção (MILBY, 1988). Para BUCHER & COSTA (1988) estas técnicas também incorporam finalidades repressivas:

O objetivo, consciente ou não, confessado ou não, é de transformar o "viciado" em drogas em um ente útil à sociedade, isto é, em alguém que não mais se opõe ao establishment, mas que o aceite e se lhes submeta (...).

Nestas abordagens, basicamente é feita uma análise dos estímulos, respostas e consequências do comportamento do uso de spa, sendo

estão planejadas técnicas de condicionamento. As técnicas podem variar amplamente: condicionamento aversivo ("paradigma da punição", por exemplo: aversão farmacológica, com uso de choque elétrico, aversão verbal), contracondicionamento aversivo (semelhante ao anterior, mas a aversão se associando ao estímulo e não à resposta), extinção instrumental (com uso de substâncias antagonistas), e contracondicionamento positivo.

Apenas recentemente, no entanto, têm sido feitos estudos metodologicamente mais acurados (O'BRIEN e Cols, 1988; NAVARRO e Cols, 1987), registrando-se até 84,8% de sucesso terapêutico entre os que terminam o tratamento (abstinência por três anos e meio) (NAVARRO e Cols, 1987).

Para BUCHER & COSTA (1988) as práticas religiosas são uma variante do modelo comportamental.

Em tese, pode-se dizer que a ênfase em aspectos religiosos e morais são um treinamento de comportamento assertivo (um dos tipos de contracondicionamento positivo).

Os programas religiosos são de difícil acesso a quem os deseja conhecer, não havendo colaboração por parte dos serviços, segundo MILBY (1988). Este autor mostra evidências de uma atuação acientífica destas iniciativas religiosas, desprovidas de qualquer controle externo ou interno de suas práticas. Até mesmo uma certa porcentagem dos "usuários" de spa nunca as haviam usado, explicando em parte os "90% de sucesso" de um certo programa. Estas observações são sobre iniciativas religiosas nos EUA, onde surgiram. No Brasil, BUCHER & COSTA (1988)

referem-se às aventadas "curas bem-sucedidas", ressaltando que devem-se provavelmente ...

Ao ambiente, muito mais afetivo e caloroso e da coesão humana que a ideologia suscita, bem como pela convicção resoluta que caracteriza os egressos dessas instituições: eles chegam às vezes a beirar um fanatismo não menos cego diante da realidade do que é a toxicomania, à qual chegou a substituir. Mas pode-se afirmar, destarte, que estas curas foram realmente bem-sucedidas...? A resposta dependerá dos critérios e valores que norteiam a cosmovisão e, por conseguinte, a intervenção daquele que se interessa em propor assistência aos dependentes de drogas (p.74).

3.2.3 Modelo relacional

*Por modelo relacional entendemos aquelas abordagens que enfatizam, como preconiza, por exemplo, Olieventein, na esteira de Freud, a importância da relação intersubjetiva como instrumento e meio de trabalho terapêutico. **Instrumento** no sentido de ela possibilitar uma "brecha", uma entrada no universo cerrado e desconfiante do jovem drogado; **meio** no sentido de ambiente acolhedor e tranquilizante que, pela situação de engajamento afetivo recíproco que implica, reconstrói um espaço onde viver sem perseguição, sem falsidade, e sem violência se torna enfim (ou novamente) possível. No entanto, se este modelo de um atendimento relacional se inspira da psicanálise, ele não é "psicanalítico" no sentido habitual (ou ortodoxo) da palavra; ele não se refere à técnica, mas à teoria psicanalítica(...), à importância dos conflitos inconscientes, na base das neuroses, como também da toxicomania. É desta teoria*

que ele tira sua concepção do vínculo relacional (ou "transferencial")(...) (BUCHER & COSTA, 1988,p.76).

Estes autores listam outras características de seu modelo relacional: voluntariado, anonimato, gratuidade, trabalho de equipe e desierarquização.

Observa-se que a ênfase é na técnica psicoterápica centrada na **transferência** (quer individual com o terapeuta **escolhido** pelo toxicômano, quer institucional), na atualização de conflitos supostamente na origem do comportamento toxicomaníaco.

A psicoterapia a que se referem tem características que lhe conferem especificidade. Inicialmente o vínculo relacional terá características **fusionais**, **simbióticas**:

*Na abordagem relacional há também **substituição da dependência** mas num sentido diferente (...), não representa um fim em si mesma, mas uma **etapa** apenas. Ela terá que se **dissolver** quando o jovem tiver adquirido "substância" suficiente para enfrentar sua problemática sem aquele amparo fusional (p.79).*

A segunda etapa da psicoterapia é "mais regular e contínua (menos 'selvagem' ou improvisada)". Nela "os conflitos neuróticos e infantís diante dos quais tomou a fuga" serão analisados.

Não serão feitas aqui considerações sobre a(s) teoria(s) psicanalítica(s) das toxicomanias. Para ela contribuíram grande número de autores, apesar de serem pouco frequentes, atualmente, textos específicos sobre o tema.

Cabe comentar que a ênfase que BUCHER & COSTA (1988) dão à fase inicial "não ortodoxa" da psicoterapia analítica está de acordo com

a opinião de outros autores. MILBY (1988), WASHTON (1988) e KAUFAMN & REOUX (1988) consideram contraindicada a psicoterapia analítica nas fases precoces de um tratamento, o que estimularia "frequentemente a recaída no uso, por causa dos sentimentos com os quais [o toxicômano recém abstinente] não é capaz de lidar"(WASHTON, 1988).

A designação "modelo relacional" proposta por BUCHER & COSTA (1985;1988) parece ser aplicável à maioria dos serviços centrados em uma prática multidisciplinar e que procurem compreender os aspectos transferenciais na relação terapêutica.

3.2.4 Programa dos 12 Passos

Os Narcóticos Anônimos (NA)¹ são uma das associações que se modelam na forma de grupos de auto-ajuda destinados a tratar de determinados padrões de comportamento compulsivo. O protótipo e a mais difundida destas associações são os Alcoólicos Anônimos (AA), fundada nos EUA em 1935. No Brasil, em moldes semelhantes, existem também os "Vigilantes do Peso" e os "Neuróticos Anônimos"; nos EUA, existem também os "Jogadores Anônimos", os "Fumantes Anônimos" e grupos mais específicos como os "Cocainômanos Anônimos".

Embora as associações tenham funcionamento autônomo e desvinculado de qualquer outra instituição, seus princípios de funcionamento, resumidos no Programa dos 12 Passos, têm também sido utilizados como parte do programa terapêutico de vários serviços de tratamento de alcoolistas e toxicômanos.

¹ Até o primeiro semestre de 1990, alguns grupos brasileiros utilizavam-se do nome de Toxicômanos Anônimos, gramaticalmente mais correto e mais propício à situação brasileira. A troca do nome deveu-se à necessidade de filiação ao NA WORLD SERVICE OFFICE, que congrega os grupos de NA nos diversos países.

O primeiro grupo de AA surgiu no Brasil em 1948, na cidade do Rio de Janeiro. Hoje, estimam-se em 2.500 o número de grupos aqui existentes (GAMBARINI, 1990). Os NA surgiram em 1953, nos EUA, e no Brasil em 1978, em São Paulo. Hoje são 95 grupos brasileiros, aproximadamente, segundo informações fornecidas pelo Grupo Luz, de Campinas (SP). A maioria destes grupos funcionam na região Sudeste, mas apenas poucos Estados do país não os possuem.

Não se sabe com exatidão a quais e a quantos indivíduos dependentes os NA e AA auxiliariam a longo prazo. EDWARDS (1987) estima entre 5 e 10% o número de alcoolistas que manterão uma ligação profunda e prolongada com os AA, uma vez tendo entrado em contato com um grupo. A maioria destes indivíduos teria tido quadros graves ou moderados de dependência. MILBY (1988) é menos otimista com a ajuda fornecida pelo programa dos NA aos toxicômanos. O estudo da eficácia destes programas é dificultado pela não divulgação de estatísticas sobre as características e o número de indivíduos que obtêm sucesso, em sua procura de abstinência através dos 12 Passos, sendo uma opção operacional dos NA e AA esta não divulgação.

Aqui serão feitas referências a dois aspectos, dos vários existentes, relacionados ao funcionamento dos NA: a) os 12 Passos, que constituem o núcleo principal e ao redor do qual todo o programa é estabelecido e b) as reuniões dos grupos de NA, cuja estrutura parece favorecer modificações no indivíduo em direção à abstinência. Outros aspectos, tais como o Nar Anon (para parentes de toxicômanos), a literatura do NA e as 12 Tradições não serão discutidos porque, apesar de importantes, são secundários na presente discussão.

Os 12 Passos do NA (ver Anexo 2) são uma versão idêntica, na prática, aos 12 Passos do AA. Constituem uma proposta operativa baseada em alguns poucos princípios que, se seguida, levaria o toxicômano com o "sincero desejo de renunciar às drogas" à abstinência (NA WORLD SERVICE OFFICE, 1982).

Os NA não teorizam sobre o funcionamento do programa dos 12 Passos: "o que de mais importante se pode dizer sobre eles [os princípios básicos do programa] é que FUNCIONAM" (NA WORLD SERVICE OFFICE, 1982, p.9; grifo presente na referência citada).

O primeiro dos 12 Passos introduz o indivíduo a um dos elementos-chaves da ideologia do NA: a toxicomania seria uma **doença**; o toxicômano, um sujeito cuja **constituição** o tornaria propenso a reagir idiossincraticamente a substâncias psicoativas, diferentemente, portanto, das outras pessoas. A figura de linguagem usada é a de uma "alergia" a estas substâncias. Logo, coerentemente com estas idéias, não haveria cura, mas "recuperação" a ser procurada e mantida diária e indefinidamente, a cada 24 horas. Este é o "modelo de doença" (*disease concept*), utilizado: problema primário de saúde (não secundário a outros problemas psicopatológicos), incurável.

O segundo e terceiro passos introduzem uma perspectiva teísta ("espiritual") ao programa de recuperação e fazem inferir que se trata de um "plano" a ser empreendido individualmente ou, abstratamente, em uma "união com o Poder Superior".

Do quarto ao décimo passos, a prioridade conferida ao problema do uso de *spa* cede lugar à proposta de um auto-exame dos problemas psicológicos, embora esta terminologia não seja utilizada. O aspecto da

culpa é particularmente focalizado (8º passo, por exemplo) e a "reparação direta" (9º passo) é indicada como a forma de lidar com ela.

O 11º passo parece propor um contínuo movimento de introspecção, iniciado nos passos anteriores. O 12º passo refere-se aparentemente, à prática de um estilo de vida atingido como recompensa do estado de sobriedade. No entanto, a "mensagem" que se propõem levar para os outros toxicômanos parece servir principalmente à confirmação de sua própria abstinência e, assim, a sua manutenção (EDWARDS, 1987).

Se o programa dos 12 Passos é desenvolvido por cada um dos NA individualmente, uma outra importante atividade por eles desenvolvida possui um apelo fortemente grupal: as reuniões dos grupos de NA. Existem reuniões de dois tipos: uma aberta ao público em geral (por exemplo, profissionais de saúde interessados em contactuá-los) e outra restrita aos toxicômanos.

A reunião aberta caracteriza-se por uma aparente informalidade, onde se percebe um incentivo por contatos próximos e calorosos entre os presentes. Um membro é escolhido para dirigir a reunião naquele dia; seguem-se relatos individuais sobre o mesmo tema ou sobre vários temas; é marcante o tom pessoal que cada um confere ao seu discurso, iniciado, em geral, pela frase "meu nome é _____; eu sou um toxicômano", ou "...eu sou um adicto". Ao final de cada fala, os presentes se manifestam em apoio à contribuição feita por quem acabou de falar. No intervalo, ao recém-chegado é dada particular atenção, mesmo que sutilmente, com o intuito de integrá-lo ao grupo.

Às reuniões fechadas, acrescentam-se os relatos pessoais de oradores que contam sua história de dependência e como tem sido sua

procura por recuperação. Os demais presentes, ao final da fala do orador, podem fazer comentários que, geralmente, evidenciam um paralelo entre sua própria história e aquela que foi ouvida.

A estrutura das reuniões de NA nem sempre é a mesma de um grupo para outro e, mesmo em um mesmo grupo, podem variar de um dia para outro. O que foi descrito acima é apenas parte do que teriam em comum. A finalidade das reuniões, porém, é sempre a mesma: estimular a recuperação, sendo assim um veículo para o 12º passo. Cria-se um ambiente de confiança que facilita a **identificação** de um toxicômano recém chegado com os demais (NA WORLD SERVICE OFFICE, 1976).

As indicações fornecidas acima sobre o funcionamento operativo dos NA certamente não são suficientes para dar conta de todos os fatores envolvidos na "recuperação" dos que procuram o programa. Poder-se-iam listar algumas das características do programa que, provavelmente, contribuem para seus reconhecidos efeitos benéficos:

a) Fornece uma explicação para o problema dos que o procuram (a dependência como uma **doença**);

b) Têm uma proposta estruturada e exequível de recuperação (que envolve metas a curto prazo e um plano claro a ser seguido);

c) Proporcionam a chance de uma relação de companheirismo com muitos indivíduos com problemas pregressos semelhantes; estes indivíduos são potenciais alvos de identificação;

d) É gratuito, não representa ônus material;

e) Alia-se a uma associação que lida com parentes de toxicômanos e que utiliza os mesmos pressupostos seus (Nar Anon);

f) Estimula o indivíduo a lidar com sentimentos dolorosos como a culpa, possibilitando, talvez, modificações em sua forma de defender-se psiquicamente;

g) Possibilita contatos em reuniões (ou com os "padrinhos") e eventualmente até diários com sujeitos interessados em sua recuperação;

h) Estimula valores "espirituais", o que pode ocorrer paralelamente a um movimento de introspecção e

i) Proporciona alternativas de lazer e de grupos de amigos.

Uma resposta completa à pergunta sobre como os programas de 12 Passos funcionam tem sido procurada e, provavelmente, a resposta venha a demorar. Não se trata de um programa terapêutico passível de ser estudado sistematicamente, pois muitas variáveis independentes (tempo de uso, idade, estado civil, características de personalidade, etc) não são controláveis.

Identificam-se certamente, nos 12 Passos, procedimentos próximos a técnicas terapêuticas reconhecidas. Sob uma ótica comportamentalista, por exemplo, pode-se qualificar o "sucesso" da abstinência nas 24 horas e nos períodos mais longos (sucesso valorizado pelo programa, pelo grupo de NA e pela família) como um contracondicionamento positivo. O cumprimento de seus pares, recebido ao final de cada fala do indivíduo que se propôs a falar, pode ser assim igualmente considerado. Sob uma certa ótica psicanalítica, por outro lado, entrar em contato consciente com fantasias de culpa, como incentivado pelos 12 Passos, possibilita ao indivíduo, talvez, responder menos com defesas maníacas, como talvez viesse fazendo ao utilizar-se de substâncias psicoativas. A "admissão das culpas" (conforme se depreende do 5º passo) perante o grupo parece ter

uma função de reduzir ansiedade depressiva através de um abrandamento superegóico.

Uma importante discussão relativa à prática clínica decorre deste conhecimento ainda pequeno do funcionamento dos NA. Se, por um lado, os grupos de auto-ajuda baseados no programa dos 12 Passos, obtêm crescente popularidade e difusão, persistem, na prática clínica diária, dificuldades em se identificar sujeitos mais propensos em se beneficiarem deste tipo de abordagem. A universalidade da indicação destes grupos para alcoolistas e toxicômanos é sugerida por alguns autores (RAMOS, 1990; EDWARDS, 1987; WASHTON, 1988; GOODWIN, 1989; JAFFE, 1989) e verificada na clínica da maioria dos profissionais interessados em dependência de substâncias psicoativas (MILLER & FRANCES, 1986).

Mas, em que medida um sujeito deveria ser particularmente encorajado a participar destes grupos, já que se suspeita que apenas uma parcela deles terá uma ligação duradoura com o programa dos 12 Passos? É preciso, para responder a este tipo de questão, estudos acerca das características de personalidade e outras variáveis e sua relação com a abstinência e aderência ao programa (McCOWN, 1989).

Outra dúvida diz respeito ao relacionamento entre os grupos de auto-ajuda e os outros serviços de saúde que lidam com toxicomanias. A integração é desejada por estes programas (como forma de empreender o 12º passo), assim como estimulada oficiosamente por organismos internacionais representativos do sistema "formal" de saúde (ROBINSON, 1981). Entretanto, é sabida a postura anti-psiquiátrica de alguns grupos de NA e AA. Essa postura pode, e certamente o faz, dificultar o reconhecimento e devido encaminhamento de toxicômanos possuidores de outros

quadros psicopatológicos. Se os quadros psicóticos mais óbvios são reconhecidos facilmente, os quadros mais leves (psicóticos ou não) poderão não ser e, assim, permanecerem não tratados. Por outro lado, esses indivíduos provavelmente não se adaptarão perfeitamente aos rígidos programas dos grupos e talvez então se tornem descrentes de qualquer abordagem e se desanimem (MILLMAN, 1988).

3.2.5 Outras

Várias outras técnicas têm sido citadas como sendo utilizadas em toxicomania: meditação transcendental (CLEMENTS e Cols, 1988), fantasias simbióticas subliminares (THORNTON e Cols, 1987), ioga e acupuntura (TONGUE & TURNER, 1988). Algumas técnicas utilizadas são mais próximas às práticas comuns, como a terapia ocupacional, educação física, arte-terapia e bioenergética, como será abordado na seção seguinte, dentre as que são praticadas em alguns serviços brasileiros.

3.3 O QUE SE PRATICA NO BRASIL?

Vários e diferentes tipos de serviços de atendimento a toxicômanos e usuários de spa estão em atividade no Brasil. Interessa-nos, aqui, estudar os serviços que se propõem a dar atendimento clínico ou algo próximo a isso. (A rigor, não se pode dizer que os NA ou serviços levados por instituições religiosas sejam "clínicos", muito embora empenhem-se na melhoria do estado de dependência do indivíduo e o assistam. Esses serviços não serão descritos, já que a literatura que produzem são de pequena monta.) Não serão abordados outros serviços, como o "Disque-Drogas" ou "Tele-Drogas", distantes da prática clínica. Tam-

pouco serão analisados serviços que se ocupam especificamente de uma parcela dos toxicômanos, como aqueles seropositivos para o HIV ou os serviços destinados aos que cumprem penas privativas de liberdade. A decisão de não examinar estes serviços se deve à necessidade de circunscrever o campo de abrangência desta dissertação; são, de qualquer forma, muito pouco relatados na literatura médica brasileira.

Para melhor organizar a explanação, parece ser necessária uma classificação dos serviços. O critério a ser utilizado poderia ser o do modelo terapêutico, seguindo a classificação empregada na seção anterior. Não nos parece o mais útil, já que raramente os serviços adotam modelos "puros". Poder-se-ia classificá-los, então, a partir dos parâmetros sobre os quais se posicionam, como listados na 3.1. O excessivo número de princípios organizadores não tornaria prática esta opção. Tampouco seria viável uma classificação baseada na presença ou não de uma preocupação metodológica acerca do trabalho desenvolvido, na esperança de separar os serviços "científicos" daqueles com uma tendência sobretudo "ideológica".

Optou-se por uma explanação organizada a partir de uma divisão de serviços baseada nos tipos clássicos de atendimento no nível secundário e terciário de atenção em Saúde Mental: ambulatórios, hospitalização parcial (hospital-dia geralmente), hospitalização integral e comunidade terapêutica. Uma mesma instituição poderá dispor de diferentes tipos de serviços, mas serão descritos separadamente.

3.3.1 Serviços ambulatoriais

São os mais numerosos entre aqueles que se propõem a uma ati-

vidade assistencial crítica e original à realidade brasileira relativa às toxicomanias.

De fato, de acordo com a maioria dos teóricos no assunto, apenas os quadros psicóticos relacionados a spa, os quadros de superdosagem e os de síndrome de abstinência grave (estes últimos raros no Brasil em vista da prevalência baixa de dependência de opiáceos) necessitariam de um ambiente hospitalar a partir de uma indicação estritamente médica.

Mesmo as etapas iniciais de um tratamento visando a abstinência que, para algumas drogas, em geral é chamada de "fase de desintoxicação" (quando o sujeito ainda se encontra sob os efeitos químicos das substâncias), essas etapas podem ser cumpridas ambulatorialmente. CARLINI (1981) não vê vantagens na desintoxicação feita em ambiente hospitalar sobre a realizada ambulatorialmente. Para este autor, são "os resultados idênticos e igualmente desencorajadores" (p.61). Embora baseie esta opinião em estudos sobre dependência de opiáceos, o mesmo seria aplicado, com ainda mais ênfase, a quadros de dependência de spa mais prevalentes no Brasil.

Relativamente às substâncias de abuso aqui verificadas, a internação visando a abstinência quase nunca está indicada. JAFFE (1989) afirma que "com exceção daqueles com estados psicóticos induzidos pela *Cannabis*, os pacientes com dependência ou abuso desta substância raramente precisam de cuidados hospitalares"(p.675)¹.

Quanto à cocaína, as indicações de tratamento extra-ambulatorial seriam as mesmas, acrescidas talvez de internação para cessar um uso

¹ "With the exception of those with cannabis-induced psychotic states, patients with cannabis abuse and dependence rarely require inpatient care."

completamente fora do controle, embora alguns clínicos "acreditem que muitos pacientes lidem bem com estas situações em um tratamento inteiramente ambulatorial" (JAFPE, 1989, p.672)¹.

Com relação aos inalantes, anfetamínicos, benzodiazepínicos, anti-colinérgicos, etc., não haveriam motivos adicionais para a não prescrição de um tratamento ambulatorial².

A ênfase em atendimentos ambulatoriais se justifica apenas, em um sistema que disponha de outras alternativas onde os ambulatórios se insiram. Serviços de pronto-socorro, hospitalização integral e parcial e centros de saúde são locais aparentemente necessários para uma atenção global às necessidades dos toxicômanos.

3.3.1.1 Centros regionais de referência do CONFEN

Sob a coordenação do Centro de Pesquisa em Psicobiologia Clínica do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina (EPM-SP), realizou-se em 1988 uma reunião onde os centros brasileiros de referência no tratamento de dependentes de spa expuseram seus programas e serviços. A publicação que resultou desta reunião fornece importantes subsídios ao conhecimento sobre o que tem sido feito de qualitativamente bom quanto à terapêutica da toxicomania no Brasil (EPM, 1989). Outros artigos sobre as mesmas instituições foram consultados para esta seção.

Os relatos referem-se a oito centros de tratamento de seis diferentes estados do país, mais o Distrito Federal, de quatro regiões do país (exceto a Norte). Seis centros são vinculados diretamente a univer-

¹ "...Some equally experienced clinicians find that many patients do well with an entirely outpatient treatment."

² Os quadros de abstinência a benzodiazepínicos são raros no Brasil, como em qualquer país.

sidades públicas, os outros dois vinculam-se a uma Secretaria de Estado da Saúde e a um hospital filantrópico (mas com internações pagas).

Todos os sete centros de tratamento públicos relatam serviços ambulatoriais como seu "carro-chefe", variando amplamente, no entanto, o tipo de abordagem feita.

O atendimento ambulatorial inicia-se com o primeiro contato com o toxicômano com a instituição. Alguns serviços, como o CETAD (Salvador-BA) e o CORDATO (Brasília-DF) descrevem este momento sob a denominação de "acolhimento", investindo-o de especial importância e procurando aperfeiçoá-lo constantemente (CORDATO, 1989). Como a motivação do toxicômano para o tratamento é sempre ambivalente e particularmente sensível às contingências, este primeiro contato parece ser, de fato, "um momento de rara importância. (...) Aqui tudo se joga: aquele que acolhe deverá deixar-se encontrar com aquele que chega" (NERY FILHO, 1989). A presença de um ex-toxicômano é também tida como importante neste momento¹. O trabalho de "acolhimento" consiste basicamente de um pronto-atendimento sem hora marcada necessariamente, onde a demanda do indivíduo ou eventualmente de sua família é ouvida. O serviço é explicado quanto ao seu funcionamento e um primeiro atendimento formal é marcado.

O primeiro atendimento formal é estruturado por outros serviços como uma "triagem", onde uma avaliação acerca da adequação do serviço é feita, levando em consideração o tipo de dependência e aspectos associados (como diagnósticos psiquiátricos outros). Neste momento, por exemplo, o paciente com problema exclusivo com álcool poderá ser enca-

¹ Esta idéia de uma "acolhedor" ex-toxicômano aproxima-se de uma técnica implícita ao NA de receber de seus pares uma atenção especial ao chegar pela primeira vez a um grupo.

minhado para outros serviços (CORDATO, 1988); aqueles com quadros psicóticos graves ou intoxicações agudas graves, encaminhados para serviços de urgência ou internação (SILVEIRA FILHO, 1989; NERY FILHO, 1989; ALBUQUERQUE e Cols, 1989; CASTEL e Cols, 1989).

Uma vez admitidos no ambulatório, geralmente é indicada psicoterapia. As técnicas psicoterápicas geralmente baseiam-se na psicanálise (NERY FILHO, 1989; ALBUQUERQUE e Cols, 1989; MUNDIN e Cols, 1989; SILVEIRA FILHO, 1989) embora reconheça-se a necessidade de "transposições" técnicas (AQUINO, 1989). O GREU-USP aborda psicoterapeuticamente seus clientes a partir de uma estratégia por eles denominada "centralização do indivíduo em seus conflitos", onde se pretenderia abordar preferencialmente alguns mecanismos de defesa (CASTEL e Cols, 1989).

Na maioria dos serviços ambulatoriais de referência, outras técnicas de abordagem terapêutica do toxicômano são empregadas: terapia ocupacional (NERY FILHO, 1989; ALBUQUERQUE, 1989; MUNDIN e Cols, 1989), atividades artísticas e técnicas de relaxamento (AQUINO, 1989; atividades esportivas (AQUINO, 1989; ALBUQUERQUE, 1989), grupos operativos e assistência de clínicos gerais (CASTEL e Cols, 1989; ALBUQUERQUE, 1989).

Grupos de auto-ajuda baseados no programa dos 12 Passos são, curiosamente, pouco citados (apenas CAMPANA e Cols, 1989).

Orientação ou, eventualmente, terapia de família ou de casal são citados por todos os centros de referência. Reconhecem-se os familiares como frequentes agentes formuladores da demanda por tratamento e como sustentáculos do vínculo transferencial, proporcionado assim a continuidade do tratamento do paciente (MUNDIN e Cols, 1989).

Alguns serviços elaboraram esquemas sistematizados para assistir os familiares (NERY FILHO; 1989; CORDATO, 1988), enquanto outros o fazem esporadicamente (SILVEIRA FILHO, 1989).

Interessante notar que com relação às técnicas psicoterápicas, a maioria dos serviços opta por atendimentos individuais. Dos centros de referência, em alguns o atendimento em psicoterapia parece ser exclusivamente individual (NERY FILHO; 1989; SILVEIRA FILHO, 1989; MUNDIN e Cols, 1989), outros dão ênfase aos atendimentos individuais e de grupo (AQUINO, 1989; BUCHER, 1989a; ALBUQUERQUE, 1989) enquanto apenas dois centros parecem privilegiar os atendimentos grupais (CASTEL e Cols, 1989; CAMPANA, 1989).

Embora os textos pesquisados não especifiquem a partir de quais critérios a psicofarmacoterapia é feita, ela é admitida por todos os centros como necessária em casos específicos, geralmente psicoses. Não se referem a outros quadros psiquiátricos sabidamente associados às toxicomantias e que podem se beneficiar de farmacoterapia (quadros depressivos, distúrbios fóbicos, déficit residual de atenção, etc.).

Sobre os objetivos de tratamento e a avaliação de eficácia, remete-se à seção 3.1.2, onde a contribuição dos centros aqui estudados foi utilizada.

3.3.1.2 Outros serviços ambulatoriais

Muito pouco é publicado no Brasil sobre tratamento de toxicômanos em ambulatórios.

Na maioria das cidades brasileiras, o tratamento ambulatorial de dependentes de spa parece estar inserido no ambulatório geral de saúde

mental, quando este existe. Há propostas para uma progressiva **ambulatorização** do cuidado em saúde mental, às vezes sendo as toxicomanias citadas como prioridade (por exemplo, CIMS-CAMPINAS, 1987)¹. Mas, na medida em que não existam programas especiais de atendimento em ambulatórios, a toxicomania (ou qualquer outro diagnóstico) dificilmente será tomada como "caso ambulatorial" dadas as dificuldades de seu manejo clínico. BOTEGA e Cols (1988) abordaram este aspecto do problema ao estudar a população do Ambulatório de Psiquiatria do HC-UNICAMP (Campinas-SP), concluindo que "por falta de programas específicos para tratamento de alcoolismo e dependência de drogas, poucos pacientes desses grupos foram selecionados para 'caso-novo'" naquele ambulatório (p.60). Isto é, apesar de os pacientes chegarem até a triagem do serviço, não foram "aceitos" para tratamento.

À exceção dos ambulatórios citados na seção 3.3.1.1, encontrou-se apenas mais uma referência sobre tratamento ambulatorial de toxicômanos (KRYNSKI e Cols, 1987). O serviço procura fazer diagnóstico psiquiátrico, psicológico e social e o atendimento oferecido centra-se em grupo operativo ("procurando fugir da ortodoxia exagerada das linhas psicoterapêuticas" (p.43), psicoterapia breve individual esporadicamente e orientação familiar.

3.3.2 Serviços de hospitalização integral

Entre os centros de referência citados na seção 3.3.1.1 a conduta da hospitalização integral ("internação") destina-se apenas aos ca-

¹ Existe um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional que prevê a substituição de manicômios por outros recursos assistenciais, sobretudo ambulatórios, em nível nacional (Deputado Paulo Delgado, Projeto de Lei nº 3657 de 1989).

tos de psicoses disruptivas e complicações clínicas graves (intoxicações e quadros de abstinência graves - estes últimos raros, caso a toxicomania não se associe ao alcoolismo).

Esta parece ser a postura preponderante entre os estudiosos brasileiros do assunto, apesar de, na prática, provavelmente existirem mais internações de toxicômanos do que acompanhamentos ambulatoriais. A falta de programas específicos em ambulatórios, a política hospitalocêntrica da saúde mental do Brasil nas últimas décadas, pressões familiares e as instituições que visam lucro financeiro e propagandeiam a internação como a solução para o problema (parte da "economia das drogas"), além das numerosas iniciativas leigas (em geral religiosas), estas são as prováveis explicações deste possível paradoxo. O que seria feito durante estas internações? Segundo BUCHER & COSTA (1985), exerce-se o "modelo psiquiátrico clássico" de atendimento, isto é, ênfase nos tratamentos biológicos; referem-se ao uso de sedativos e não a abordagem mais moderna psicofarmacológica nesta área.

Leitos em hospitais gerais pertencentes à mesma instituição que o ambulatório são citados por BUCHER (1989a) como planejados pelo CORDATO- UnB. Esquema semelhante parece ser utilizado pelo GREU-USP e PROAD-EPM, instituições possuidoras de leitos psiquiátricos em seus hospitais universitários. O CETAD- UFPE encaminha pacientes para internações em estabelecimentos da rede pública estadual; um membro da equipe acompanha a internação até a volta do paciente ao ambulatório. Esta instituição também planeja leitos em hospitais gerais (NERY FILHO e Cols, 1989).

O serviço descrito por CAMPANA (1989) centraliza seu progra-

ma em um hospital (enfermaria de 24 horas em hospital-geral). Avalia-se abrangentemente o paciente visando diagnósticos. Desintoxicação e técnicas de incentivo ao "vínculo afetivo-terapêutico" são o eixo da hospitalização, procurando motivar o paciente para a abstinência. Grupos terapêuticos, seminários educativos, grupos de auto-ajuda e tratamento clínico são utilizados. Após a alta, o paciente é encaminhado para psicoterapia.

Quantos são os pacientes toxicômanos que passam por hospitalização integral? É difícil responder a esta pergunta, os dados disponíveis são poucos.

MORGADO e Cols (1983) comentam dois estudos já antigos sobre este tema (de 1965 e 1977), ambos sobre hospitais psiquiátricos públicos. A frequência dos diagnósticos encontrada foi de 2,7 e 1,9% respectivamente, sobre o total de internados. A maioria dos casos correspondiam a dependência a substâncias constantes do receituário médico e a minoria às substâncias ilícitas.

Em levantamento recente sobre internações por dependência de drogas, dependência de álcool e psicoses alcoólicas em 362 instituições brasileiras (das quais 219 responderam, algumas incompletamente), em 1988, RAEDER & CARLINI-COTRIM (1990) verificaram que, das internações relatadas, 4,7% deveram-se a dependência de drogas. A maconha (29,4%) e a cocaína (16,2%) foram as mais relatadas como relacionadas ao quadro de dependência, existindo contudo variações regionais desta frequência.

Dados da Coordenadoria de Saúde Mental de São Paulo sobre a frequência (prevalência-ponto) de diagnósticos de psicoses por drogas, dependência de drogas e abuso de drogas sem dependência (CID-9 292, 304 e 305) registram em novembro de 1982 e setembro de 1985, respectivamen-

te, 0,45 e 0,41% de internados por estes motivos nos hospitais próprios ou conveniados com a CSM (CSM, 1986).

DALGALARRONDO (1990), descrevendo as primeiras trezentas internações de uma enfermaria de psiquiatria em um hospital-geral, relata 3,2% de diagnósticos relacionados a spa (CID-9 292,304 e 305).

Estes dados não podem ser compara entre si, pois abordam diferentes tipos de instituições em diferentes épocas. No entanto, todos eles apontam para um número relativamente baixo de internações.

3.3.3 Serviços de hospitalização parcial

A hospitalização parcial, em geral em esquema de hospital-dia, tem sido utilizada para o tratamento de diferentes problemas médicos (em nefrologia, oncologia, geriatria, psiquiatria, etc). O primeiro hospital-dia surgiu em 1946, no Canadá, colaborando para a revisão da prática psiquiátrica ocorrida no pós-guerra, quando novas formas de abordagens terapêuticas nesta área foram empreendidas, entre elas o tratamento de toxômanos (DiBELLA e Cols, citado por CAMPOS, 1986¹).

Estudos recentes sugerem ser a hospitalização parcial uma alternativa satisfatória à hospitalização integral, tanto financeira quanto terapeuticamente (ROSIE, 1987). Estes estudos referem-se a pacientes psiquiátricos em geral, a maioria deles psicóticos². Curiosamente, a despeito destas suposições favoráveis, a hospitalização parcial tem sido subutilizada, mesmo em países onde o processo de desinstitucionalização ocorre com maior rapidez (DALGALARRONDO, 1990). Isto parece ocorrer

¹DiBELLA, G.A.W.; WEITZ, G.W.; POYNTER-BERG, D.S.; YURMARK, J.L. - *Handbook of partial hospitalization*. New York, Brunner/Mazel, 1982. 334p.

²O entusiasmo médico-psiquiátrico com relação à hospitalização parcial não é unânime. Sobre tudo quanto aos pacientes neuróticos, o papel da hospitalização parcial precisaria ser melhor estudado quanto ao risco de uma nova "institucionalização" (TANTAN & McGRATH, 1989).

sobretudo com relação a pacientes cujos diagnósticos fariam supor que os princípios terapêuticos básicos da hospitalização parcial lhes seriam especialmente úteis: os dependentes de spa. Os hospitais-dia em geral estruturam seu programa utilizando grupoterapia, manejo ambiental (familiar, trabalhista, etc) e abordagem médica o que, em teoria, seria propício aos diagnósticos cuja suposta etiologia compreenda aspectos biopsicossociais (MALLA & COOPER, 1985).

Se relativamente pouca atenção é dada à hospitalização parcial como modalidade terapêutica para o alcoolismo (MALLA, 1987), diagnóstico de alta prevalência, é esperado que menor atenção ainda seja dada às toxicomanias. Muito poucos serviços desse tipo existem, conforme se poderia inferir a partir da parca literatura internacional existente.

Em teoria, entretanto, a maioria dos autores concorda sobre a indicação de hospitalização parcial para alguns toxicômanos (os que se utilizam de forma compulsiva e exigem maior atenção durante certas fases) (MILBY, 1988; OLIEVENSTEIN, 1988b; KATZ, 1989), embora a indicação para os casos mais crônicos, em agudização, não seja unânime (por exemplo, KATZ, 1989).

No Brasil, atualmente, os hospitais-dia são uma modalidade de atendimento presente em diversos serviços universitários e outros serviços públicos em vários Estados (CAMPOS, 1986). O CORDATO-UnB, o Centro Eulâmpio Cordeiro-UFPE e o Centro Mineiro de Toxicomania trabalham com hospital-dia para toxicômanos. O CETAD-UFBA planeja um hospital-dia. Nestes serviços, os mesmos princípios utilizados no atendimento ambulatorial são empregados, sobressaindo a multidisciplinaridade. Os serviços funcionam em meio período (hospital-meio dia) ou período in-

tegral.

BUCHER (1989a) refere que o Centro de Convivência do COR-DATO tem atendido sobretudo poliusuários e psicóticos, em geral com história longa de uso. À época do relato, no entanto, este serviço apenas começava a funcionar. O Centro Mineiro destina o hospital-dia a sujeitos cujos interesses centralizam-se sobre as drogas (sic), procurando produzir, no indivíduo, uma demanda por tratar-se. Também aos mais comprometidos é destinado o "atendimento integral" do Centro Eulâmpio Cordeiro.

Interessante variação de um serviço de hospital-dia existe em Nova Iguaçu (RJ). Em um relato jornalístico, DIMENSTEIN (1990) descreve um centro de atendimento para menores abandonados vinculado e mantido por uma escola da cidade. O centro não tem finalidade de tratar toxicomania ou abuso de spa, mas lida com o uso cotidianamente. O centro fornece refeições, tem horta e oficina levadas pelas crianças e adolescentes e tem como primeira regra de funcionamento "não cheirar cola no local. (...) Têm cola de sapateiro nas oficinas para usar no trabalho com couro. E nunca usaram" (p.74). Segundo DIMENSTEIN (1991), o lugar é respeitado porque são acolhidos e aceitos. Não apanham, ganham comida" (p.74). O centro é dirigido por duas freiras católicas e não conta com profissionais de saúde.

3.3.4 Comunidades terapêuticas

Encontrou-se apenas um trabalho publicado brasileiro sobre comunidade terapêutica para toxicômanos (FARIAS NETO, 1982). Trata-se de um serviço privado; em agosto de 1990 com preço mensal equivalente

US\$ 4 mil a 8 mil¹.

Este serviço tem como objetivo "contribuir para um melhor projeto de vida(...).A abstinência total e duradoura, geralmente não é um objetivo realista" (FARIAS NETO, 1982, p.74). Em 1987, a maioria dos clientes parecia ser de adolescentes entre 15 e 25 anos, procedentes do Estado de São Paulo e usuários de cocaína associada a outras spa (MA-SUR & CARLINI-COTRIN, 1987).

Várias outras "comunidades terapêuticas" existem no Brasil sem no entanto, publicarem sobre sua prática. No próximo capítulo, se verá que alguns serviços de Campinas (SP) classificam-se como comunidades terapêuticas.

As primeiras comunidades terapêuticas para toxicômanos surgiram nos EUA. A primeira foi a Synanon (1958), fundada por um ex-alco-olista e baseada nos princípios de AA. Passou a atender toxicômanos por "acidente", sem que se tivesse planejado isso (MILBY, 1988).

A expressão comunidade terapêutica (CT) designa uma instituição de tratamento de problemas comportamentais graves, em um regime fechado onde a CT passa a satisfazer as necessidades básicas de moradia, alimentação e relacionamentos pessoais. Em geral a estadia é longa o suficiente para prover condições de uma abordagem ampla e intensiva de forma a contrapor-se aos problemas apresentados pelos residentes, em geral há muito tempo apresentando-se com problemas "de caráter"(MILBY, 1988).

A estrutura das CT é variável, embora sejam identificadas fases comuns a quase todas. Inicialmente, o indivíduo precisará demonstrar sua intenção espontânea de abster-se. A triagem destes serviços é,

¹ Dado obtido por telefone junto à Clínica Maxwell, de Atibaia (SP).

geralmente, rígida para com os critérios de inclusão, que às vezes incluem o não uso de substância qualquer (mesmo não psicotrópicas) e o voluntariado. Alguns serviços optam por um período inicial de adaptação à CT, onde é observado intensamente e confrontado com relação aos comportamentos que apresenta e a sua motivação. Entrando na fase posterior, o tratamento passa a caracterizar-se por uma aparente horizontalidade das relações entre os residentes, mas ainda sob severas regras de convivência (OLIEVENSTEIN, 1988b). Técnicas de confronto em grupo, eventualmente punições, críticas severas, etc., são empregadas com o objetivo aparente de "romper as defesas". Cada residente tem funções que lhe são atribuídas no funcionamento da CT.

Estas características referem-se principalmente às CT norte-americanas como a Synanon, Daytop e Phoenix House, as pioneiras na área da toxicomania. São conduzidas por ex-adictos, em geral se formação especializada; algumas possuem profissionais de saúde mental (Phoenix).

Segundo MILBY (1988),

Os altos índices de sucesso terapêutico relatados por algumas CT não devem ser tomados pelo que aparentam. Tanto as definições de tratamento bem sucedido como a metodologia de pesquisa precisam ser examinadas. De um modo geral, a metodologia (...) tem sido inadequada (...) e quando os métodos são mal definidos, as conclusões derivadas destas avaliações são frequentemente invalidadas (p.217).

Dois aspectos serão comentados sobre as CT. Primeiro, despeito da triagem severa, os dados disponíveis apontam para uma frequência de desistências durante os primeiros meses de 50 a 70% (JAFJE, 1989). Os

resultados terapêuticos divulgados pelas CT referem-se aos que terminaram o programa previsto, mesmo assim com as apontadas falhas metodológicas na avaliação. Segundo, a qualidade dos resultados terapêuticos precisam ser avaliadas. Para MILBY (1988), alguns tornam-se ex-toxicômanos "profissionais", participando de um sistema social onde convivem apenas com também ex-toxicômanos, relativizando, assim a "reintegração social" objetivada. Além disso, há um aspecto religioso que torna alguns residentes "fervorosos" defensores do programa, que passa a ser propagandeado como a única alternativa possível; isto é, modificações na vida dentro de um contexto de "espiritualidade". As repercussões psicodinâmicas destes fatos precisariam ser avaliadas.

Este tipo de CT parece ser próximo algumas existentes no Brasil, conforme se verá a partir dos dados de Campinas.

3.3.5 Quem procura os serviços?

O estudo da população institucionalizada é um capítulo da epidemiologia das toxicomanias. Os estudos demográficos, diagnósticos e prognósticos são de difícil comparação entre si pois as instituições variam grandemente quanto a suas características e, provavelmente, atendem a diferentes tipos de demanda. Por exemplo, a população atendida em uma CT particular do Estado de São Paulo e que oferece um programa que chega a custar US\$ 8 mil por mês (durante seis meses, previsão de duração do tratamento) não pode ser comparada à que procuraria um ambulatório público em qualquer cidade brasileira.

À parte estas ressalvas, verificam-se algumas características comuns às populações de toxicômanos institucionalizados, até mesmo em

diferentes países . É o que ocorre ao se cotejar os dados do estudo multicêntrico de HUGHES e Cols (1980), envolvendo países asiáticos e o México, com os dados dos serviços brasileiros.

A clientela típica é masculina, abaixo dos 30 anos (cerca de um terço com idade inferior a 20 anos), solteira ou vivendo sem companheira, maioria com até o primeiro grau completo (BASTOS e Cols, 1988; MASUR & CARLINI-COTRIM, 1987; CASTEL & MALBERGIER, 1989; CAMPANA e Cols, 1989; BUCHER, 1989a; NERY FILHO e Cols, 1989; ALBUQUERQUE e Cols, 1989; MURAD, 1988).

O consumo de substâncias psicoativas, exceto o álcool, em geral se inicia aos 15 ou 16 anos e o tempo de consumo médio até a procura do serviço é de 7 a 10 anos (BASTOS e Cols, 1988; MASUR & CARLINI-COTRIM, 1987; CASTEL & MALBERGIER, 1989; BUCHER, 1989a).

Em geral, existem complicações relacionadas ao uso de diferentes ordens: familiar, trabalhista, policial e médica (CASTEL & MALBERGIER, 1989; BASTOS e Cols, 1988).

A frequência de pedidos de tratamento em geral se distribui entre o próprio paciente, sua família ou amigos. Instituições de saúde, educacionais e policiais também encaminham (BUCHER, 1989a; NERY FILHO, 1989).

Quanto às atividades de trabalho ou estudo imediatamente prévias ao atendimento, observa-se que em geral a inserção está aquém da esperada para a faixa etária, embora menos do que se supõe normalmente; mais de 50% dos clientes estava trabalhando ou estudando (BUCHER, 1989a; BASTOS e Cols, 1988; MASUR & CARLINI-COTRIM, 1987).

Com relação à substância de uso principal, exceto o álcool, a

maconha apreze em primeiro lugar, sozinha ou associada a outras substâncias. A cocaína vem em seguida, na maioria dos serviços, havendo evidências de que nos últimos anos sua utilização tem crescido, chegando a contribuir para metade da clientela de alguns serviços (CASTEL & MALBERGIER, 1989; MASUR & CARLINI-COTRIM, 1987).

Substâncias de comércio lícito, mas de uso ilícito, já que não prescritas por médicos, como os benzodiazepínicos, anticolinérgicos, analgésicos não opióides e solventes contribuem para a maioria dos casos restantes.

3.3.6 Comentários

O que é praticado no Brasil realmente não se sabe. O simples conhecimento da existência de muitos serviços não significa conhecer como o trabalho é feito, sob quais princípios e bases teóricas se apóiam.

Em Campinas (SP), por exemplo, sabe-se da existência de alguns serviços que, no entanto, não publicam em periódicos especializados. O acesso ao que fazem fica assim muito reduzido.

As instituições que publicam no Brasil são geralmente ligadas às universidades. Quanto a elas, observamos uma grande diversidade de práticas que se supõem terapêuticas. Esta diversidade se deve, em parte, a peculiaridades regionais quanto ao grau de desenvolvimento econômico, a densidade populacional, aspectos culturais, etc. A variação regional quanto às spa utilizadas também influi na experiência de cada centro. A natureza da instituição, se pública ou privada, naturalmente resulta em práticas diversas. Entretanto, a diversidade das práticas parece dever-se sobretudo à falta de um modelo suficientemente

eficaz para ser adotado mais amplamente.

As recomendações que surgem a partir de de encontros científicos sobre o tema (por exemplo, RECOMENDAÇÕES..., 1989) e que enfatizam a necessidade de diversidade das técnicas e orientações teóricas, certamente resultam da falta de um modelo paradigmático. Recomenda-se, assim, que várias técnicas sejam usadas mas que se **avaliem** os resultados.

As divergências não existem apenas acerca de **como** tratar, mas antes acerca de **o que** tratar. O uso, medido através da frequência e quantidade de consumo? A "**economia do prazer**" (BUCHER, 1989b)?

Assim, a prática resulta mais do que a equipe sabe fazer (e isto é um ponto aparentemente positivo, pois fazem bem aquilo que sabem) do que das necessidades reais, e parcialmente desconhecidas, dos pacientes. Modelos testados e usados para outros diagnósticos psiquiátricos são utilizados para os toxicômanos: faz-se **ciência normal** (KHUN, 1990) sobre um objeto que não originou o paradigma empregado.

3.3.7 Alguns dados sobre a assistência em Saúde Mental em Campinas

Serão feitas algumas considerações sobre a assistência em Saúde Mental geral em Campinas (SP), para propiciar ao leitor o panorama onde se insere a assistência ao toxicômano nesta cidade. Conforme se verá no próximo capítulo, nos resultados desta pesquisa, a assistência aos toxicômanos ocorre paralelamente e de forma não integrada à atenção aos outros problemas psiquiátricos. O diagnóstico de toxicomania está praticamente ausente dos serviços municipais de saúde, por vários motivos que serão posteriormente discutidos.

O município de Campinas tem vivido uma tentativa de ampla reestruturação do seu sistema de Saúde Mental desde 1989, em consonância com as metas governamentais (também nos níveis estadual e federal). Objetiva-se a criação de alternativas ao atual sistema de atenção à Saúde Mental que, ainda hoje, centraliza-se em internações em macro-hospitais psiquiátricos que visam lucro financeiro. Esta situação propicia um falho sistema de referência-contrareferência, chances provavelmente maiores de "cronificação" de casos e uma falta de atenção às reais necessidades dos pacientes, supríveis em geral nos ambulatorios.

As informações que serão dadas em seguida são baseadas em documentos fornecidos pela assessoria técnica em Saúde Mental da Secretaria da Saúde do Município e em informações verbais que serão mencionadas¹.

Recentemente criou-se uma central de vagas de leitos psiquiátricos na cidade, que funciona também para todo o SUDS-R-27 compreendendo mais dez cidades além de Campinas. O município conta hoje com 740 leitos psiquiátricos para uma população estimada em 1,2 milhão de habitantes. Cerca de 470 destes leitos são de hospitais conveniados, com finalidades lucrativas. Em maio de 1991 o maior dos hospitais psiquiátricos da cidade fechou, rompendo o convênio com o SUDS². O atual Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira conta com 220 leitos, sendo 40 deles destinados a quadros agudos, com tempo médio de internação por volta de 21 dias. Os demais leitos são: 35 da Unidade de Psiquiatria de Urgência (UPU) da Puccamp (leitos de curta permanência, atendendo à

¹ "A rede de assistência a Saúde Mental dentro da Rede Municipal de Saúde de Campinas", datado de 1991 (mimeografado).

² Trata-se da antiga Casa de Saúde Bierrembach de Castro.

maioria das urgências psiquiátricas da região) e 16 leitos de psiquiatria do Hospital de Clínicas da Unicamp, estes últimos tendo "mais função docente do que de referência ao sistema".

Parece provável que a frequência de internações de quadros de toxicomania acompanhe aproximadamente aquela comentada na seção 3.3.2.

Quanto à rede ambulatorial, metade dos 44 centros de saúde e policlínica do município conta hoje (setembro de 1991) com uma equipe de Saúde Mental: um psiquiatra, um psicólogo e, alguns centros, com terapeuta ocupacional e assistente social. A capacidade mensal de atendimentos atinge 5.000 consultas.

O antigo Ambulatório de Saúde Mental da Coordenadoria de Saúde Mental do Estado foi fechado em final de 1990 e os pacientes foram encaminhados para as equipes de saúde mental em centros de saúde mais próximos de suas residências.

O primeiro hospital-dia público (municipal) da cidade foi aberto em março de 1991¹. Planeja-se para breve a abertura de um pronto-socorro psiquiátrico municipal no centro da cidade. O HC da Unicamp mantém este serviço, assim como a Puccamp, como já mencionado.

O sistema conta ainda com os ambulatórios de psiquiatria da Unicamp (adulto, infantil e de adolescentes) e da Puccamp, além do Serviço de Atenção a Crianças Psicóticas, funcionando na Policlínica Municipal.

¹ Cinco meses após sua inauguração, o hospital-dia divulgou alguns dados de seu funcionamento. Com relação aos toxicômanos, foram triados oito pacientes (11,6% do total de triados), dos quais seis foram aceitos para atendimento (9,8% dos aceitos) e cinco aderiram ao tratamento (9,8% dos que aderiram). Curiosamente, o número de toxicômanos foi maior que o número de alcoolistas atendidos (seis triados, quatro aceitos). Esta fase inicial de funcionamento do HD, necessitando ainda de ser mais conhecido pelas fontes de encaminhamento, talvez explique este fato. Os dados foram fornecidos pelo psiquiatra do HD, Cláudio E.M. Banzato.

IV DADOS SOBRE CAMPINAS (SP)

4.1 METODOLOGIA

Os objetivos a que este trabalho se propõe foram explicitados no capítulo I (à página 5).

Para atingi-los, optou-se por uma entrevista semi-dirigida com profissionais com atuação "clínica", mesmo que leiga, e que ocupavam cargos de direção formal ou informal. Com este perfil, o profissional poderia fornecer dados sobre o funcionamento geral do serviço e sobre as eventuais dificuldades técnico-administrativas com que se deparam.

Os dados recolhidos foram organizados, comparados entre si e com a literatura revisada e descritos.

Trata-se, portanto, de uma pesquisa documental a partir de fontes documentais não escritas. Secundariamente, foram pesquisadas fontes escritas (relatórios, projectos e propagandas sobre os serviços).

O entrevistador foi o autor desta dissertação, que não conhecia pessoalmente nenhum dos entrevistados previamente.

4.1.1 Os serviços estudados

Profissionais¹ de dez diferentes serviços foram entrevistados.

¹ O termo "profissional" não se aplica aos membros do grupo de NA entrevistados. O termo foi mantido por facilitar a comunicação e por ser aplicável a todos os demais.

O universo pesquisado foi restringido aos serviços que se oferecem especificamente ao atendimento de dependentes (ou dos que abusam) de substâncias psicoativas e aos serviços que, em razão de suas características, acabam por atender indivíduos que são em sua maioria dependentes ou que abusam destas substâncias.

Outro critério de inclusão foi o de não visarem lucro financeiro.

Algumas instituições funcionam em cidades vizinhas a Campinas, embora atendam a indivíduos e famílias procedentes desta cidade. Por outro lado, os serviços campineiros também recebem a demanda de moradores de outras cidades e, eventualmente, de outros Estados.

Os ambulatorios, centros de saúde e hospitais municipais e estaduais ou conveniados com o poder público, não foram contactados porque, até onde é sabido por este autor, não oferecem programas de atendimento **específicos** para toxicômanos (se o fazem, trata-se de iniciativa recente). As clínicas particulares de Campinas e os consultórios privados de psiquiatras, psicólogos, terapeutas-ocupacionais, etc., não foram também contactados pois aqui se trabalhou com a suposição de que atendem a um número reduzido de casos, em comparação com o das instituições estudadas¹.

Os serviços entrevistados foram localizados a partir de indicações fornecidas pela Secretaria de Promoção Social do Município e pelo serviço social do Ambulatório de Pronto-atendimento (APA) do HC-Unicamp. Também os próprios serviços inicialmente entrevistados sugeriram contato com outros.

¹ Algumas clínicas particulares de cidades próximas a Campinas têm programas ou destinam-se exclusivamente a toxicômanos. Não foram estudadas por serem clínicas particulares e geralmente se destinarem, assim, a uma parcela da população de alto poder aquisitivo. Já quanto aos atendimentos feitos nas empresas, algumas com programas já há anos em prática, destinam-se quase que exclusivamente a alcoolistas, que não são objeto desta dissertação.

Um ou dois profissionais de cada um dos seguintes serviços foram entrevistados:

- a) Centro Assistencial **Cristo te Ama**;
- b) **Fazenda do Senhor Jesus** - APOT;
- c) **Amorexigente** - APOT;
- d) Centro de Atendimento e Orientação (CAO) - APOT;
- e) Centro de Orientação ao Menor de Campinas (COMEC);
- f) Serviço de Psicologia da Casa de Detenção de Campinas;
- g) Centro de Recuperação **Pelotão de Cristo**;
- h) Centro de Reeducação do Menor Dom Bosco (**CEREM Dom Bosco**);
- i) **Grupo Luz** de Narcóticos Anônimos;
- j) Projeto **Casa Aberta** da Secretaria do Menor do Estado.

4.1.2 O instrumento e as entrevistas

As entrevistas semi-dirigidas eram marcadas com antecedência de alguns dias, após breve contato, em geral telefônico, onde os objetivos do procedimento eram explicados. A concordância em participar do trabalho foi unânime entre os dez serviços procurados. As entrevistas foram gravadas (exceto uma delas) em áudio para que o entrevistador pudesse transcrevê-las parcialmente posteriormente. Um dos serviços (**Cristo te Ama**) não concordou com a gravação alegando que a entrevista não poderia durar muito tempo e, assim, não seria necessária a gravação.

Foi proposto um questionário de 44 perguntas abertas (Anexo 3), divididas em quatro partes: a) identificação da instituição; b) estrutura do atendimento; c) dados sobre os profissionais ou voluntários e d) perguntas gerais sobre o atendimento.

As questões foram elaboradas após a revisão bibliográfica realizada, que indicou temas e parâmetros considerados importantes na caracterização de um serviço de atendimento a toxicômanos. Optou-se por abordar apenas questões relativas às toxicomanias, coerentemente com os objetivos propostos, apesar de alguns serviços dedicarem-se a outras situações e problemas médico-sociais.

Breves anotações foram feitas pelo entrevistador durante a entrevista. Um roteiro contendo as perguntas a serem feitas foi entregue ao entrevistado, não havendo conhecimento prévio destas perguntas. O entrevistador se comprometeu a enviar uma cópia da transcrição da entrevista para eventuais correções ou acréscimos.

As entrevistas foram conduzidas nos locais de trabalho ou nas residências dos entrevistados; duraram de 60 a 90 minutos cada uma.

4.1.3 Análise e apresentação dos dados

As respostas às questões abertas foram anotadas a partir da gravação do áudio. Os dados obtidos foram organizados e a redação que resultou deste procedimento (correspondente às seções 4.2.2 até 4.2.11) foi enviada a cada um dos entrevistados para suas eventuais correções ou acréscimos. Este envio foi acompanhado de uma carta do entrevistador onde há o comprometimento de não serem feitas inferências ou serem acrescentados dados não referidos durante as entrevistas (Anexo 5). As correções foram poucas e restringiram-se a detalhes de redação.

A seção seguinte (4.2.1) procurará resumir algumas características gerais dos serviços, com o auxílio de um quadro sinóptico e, em seguida, cada um dos serviços será descrito separadamente. Os da-

dos mais específicos de cada um dos serviços serão fornecidos separadamente nas seções seguintes. O próximo capítulo (V) será destinado aos comentários e às conclusões.

4.2 RESULTADOS

4.2.1 Características gerais dos serviços

O Quadro 2 (p.138-142) resume algumas das características das instituições.

(Inicialmente cabe um esclarecimento sobre a APOT (Associação Promocional Oração e Trabalho), que tem como setores três dos serviços pesquisados¹. Esta associação foi fundada em 1979 pelo sacerdote jesuíta Pe. Haroldo J. Rahm. A Fazenda do Senhor Jesus, um destes setores, foi coordenada de agosto de 1990 até (prevê-se) outubro de 1991, por um sacerdote jesuíta, Pe. Carlos Bartles, que implementou mudanças no programa que vinha sendo utilizado desde 1979. A descrição deste serviço da APOT aqui contida corresponde ao programa que vigia em janeiro de 1991, portanto aquele coordenado pelo Pe. Bartles.)

Nenhum dos serviços tem como objetivo o lucro financeiro. Dois deles são diretamente vinculados a Secretarias de Estado, cinco são considerados de utilidade pública e um deles possui o seu quadro de profissionais formado de funcionários públicos em licença remunerada.

Os serviços que são considerados de utilidade pública recebem verbas governamentais. A Fazenda do Senhor Jesus mantém convênio com o SUDS. Os Narcóticos Anônimos estão em vias de requerer o título de Utilidade Pública mas isso não irá significar recebimento de verbas, por contrariar seu princípio de funcionamento auto-suficiente (só

¹ São eles: a Fazenda do Senhor Jesus, o Centro de Atendimento e Orientação e o Amorexigente.

QUADRO 2 - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DE INSTITUIÇÕES PARA ATENDIMENTO DE TOXICÔMANOS DA REGIÃO DE CAMPINAS (SP).

CARACTERÍSTICA	CENTRO ASSISTENCIAL CRISTO TE AMA	FAZENDA DO SENHOR JESUS
NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	FILANTRÓPICA, SERVIÇO DE UTILIDADE PÚBLICA MUNICIPAL, ESTADUAL E MUNICIPAL	FILANTRÓPICA, SERVIÇO DE UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL
ANO DE ABERTURA	1973	1979
CIDADE	CAMPINAS	CAMPINAS
RECURSOS FINANCEIROS	CONTRIBUIÇÕES DE VOLUNTÁRIOS, DAS FAMÍLIAS E DAS SECRETARIAS DE PROMOÇÃO SOCIAL DO ESTADO E DO MUNICÍPIO	CONVÊNIO COM O SUDS; CONTRIBUIÇÕES DAS FAMÍLIAS; DOAÇÕES
EQUIPE DE ATENDIMENTO	"MONITORES" ("RECUPERADOS" OU NÃO PELO SERVIÇO)	UM JESUÍTA; TREZE "CONSELHEIROS"
TIPO DE ATENDIMENTO	INTERNAÇÃO POR NOVE MESES	INTERNAÇÃO POR SEIS MESES
PROCEDIMENTOS	ORAÇÃO; LABORTERAPIA	GRUPO DE 12 PASSOS; GRUPO DE PARTILHA; GRUPO DE SENTIMENTO; LABORTERAPIA; ORIENTAÇÃO FAMILIAR
PRINCÍPIOS RELIGIOSOS?	SIM	SIM
VOLUNTARIEDADE?	SIM	SIM
ANONIMATO?	SIM	SIM
PROGRAMA DE 12 PASSOS?	NÃO	SIM
CLIENTELA-ALVO	ABUSADORES E DEPENDENTES DE SPA E ÁLCOOL, HOMENS, DE 11 A 40 ANOS	ABUSADORES E DEPENDENTES DE SPA E ÁLCOOL
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	VAGAS PARA 50-60 PESSOAS; TOTAL DE 3.000 ATENDIDOS	VAGAS PARA 60
PROCEDÊNCIA	CAMPINAS E REGIÃO; OUTROS ESTADOS	MINORIA DE CAMPINAS; MAIORIA DE OUTRAS REGIÕES DO INTERIOR DE SÃO PAULO
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	SEROPOSITIVOS PARA HIV; MENORES DE 12 E MAIORES DE 40 ANOS; USO DE MEDICAMENTOS; PROBLEMAS "MENTAIS"	MENORES DE 16 ANOS; DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS
ATENDIMENTO PÓS-"ALTA"?	SIM	NÃO
REFERENCIAL TEÓRICO E/OU CONCEITO DE DEPENDÊNCIA A SPA	"DEUS TEM UM INIMIGO: SATANÁS; MAIS RECENTEMENTE O INIMIGO INTRODUZIU UMA NOVA ARAM, QUE SÃO AS DROGAS"	"ESTA DOENÇA É ESPIRITUAL, E O TRATAMENTO É ESPIRITUAL TAMBÉM; ESPIRITUALIDADE É DIFERENTE DE RELIGIOSIDADE: TUDO QUE NÃO É MATERIAL"

QUADRO 2 (CONT.) - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DE INSTITUIÇÕES PARA ATENDIMENTO DE TOXICÔMANOS DA REGIÃO DE CAMPINAS (SP).

CARACTERÍSTICA	AMOREXIGENTE	CENTRO DE ATENDIMENTO E ORIENTAÇÃO
NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	FILANTRÓPICA, DE UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL	FILANTRÓPICO, DE UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL
ANO DE ABERTURA	1986	1979
CIDADE	CAMPINAS	CAMPINAS
RECURSOS FINANCEIROS	NÃO TEM RECURSOS ESPECÍFICOS, PARTICIPA DA APOT	OS DA APOT (CONVÊNIO COM SUDS E CONTRIBUIÇÕES VOLUNTÁRIAS)
EQUIPE DE ATENDIMENTO	VOLUNTÁRIOS: PAIS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DIREITO	TRÊS PSICÓLOGAS; UMA ASSISTENTE SOCIAL; PALNTONISTA POR TELEFONE (INF. ADMINISTRATIVAS)
TIPO DE ATENDIMENTO	AMBULATORIAL	AMBULATORIAL
PROCEDIMENTOS	GRUPO DE ORIENTAÇÃO PARA PAIS E USUÁRIOS DE SPA	TRIAGEM DA APOT; GRUPO DE ESPERA PARA A FAZENDA DO SENHOR JESUS; ORIENTAÇÕES, PSICOTERAPIA DE APOIO
PRINCÍPIOS RELIGIOSOS?	SIM ¹	NÃO
VOLUNTARIEDADE?	SIM	SIM
ANONIMATO?	SIM	SIM
PROGRAMA DE 12 PASSOS?	NÃO	SIM ²
CLIENTELA-ALVO	PAIS COM PROBLEMAS COM FILHOS (SECUNDARIAMENTE, OS FILHOS USUÁRIOS)	QUEM PROCURA A APOT; USUÁRIOS, ABUSADORES E DEPENDENTES DE SPA
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	1.000 ATENDIMENTOS ANUAIS	800 CASOS ANUALMENTE
PROCEDÊNCIA	CAMPINAS E REGIÃO PRÓXIMA	INTERIOR DE SÃO PAULO, REGIÃO DO ABCD PAULISTA; CAMPINAS; OUTROS
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	NÃO	PARA PSICOTERAPIA E GRUPO DE ESPERA EXCLUEM-SE CASOS PSIQUIÁTRICOS
ATENDIMENTO PÓS-"ALTA"?	NÃO	NÃO
REFERENCIAL TEÓRICO E/OU CONCEITO DE DEPENDÊNCIA A SPA	DEZ PRINCÍPIOS DO "AMOREXIGENTE". "PROBLEMA ESPIRITUAL"	PSICANALÍTICO ³

¹ NÃO NO PROGRAMA ESPECIFICAMENTE, MAS PERMEANDO A COMPREENSÃO DO PROBLEMA.

² OS CLIENTES SÃO ENCAMINHADOS PARA AA/NA

³ REFERENCIAL DOS PROFISSIONAIS, NÃO DA INSTITUIÇÃO.

QUADRO 2 (CONT.) - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DE INSTITUIÇÕES PARA ATENDIMENTO DE TOXICÔMANOS DA REGIÃO DE CAMPINAS (SP).

CARACTERÍSTICA	CENTRO DE ORIENTAÇÃO AO MENOS DE CAMPINAS (COMEC)	SERVIÇO DE PSICOLOGIA DA CASA DE DETENÇÃO DE CAMPINAS
NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	FILANTRÓPICA, DE UTILIDADE PÚBLICA FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL	SERVIÇO PÚBLICO (SECRETARIA DA JUSTIÇA DO ESTADO DE SÃO PAULO)
ANO DE ABERTURA	1980	1990
CIDADE	CAMPINAS	CAMPINAS
RECURSOS FINANCEIROS	PÚBLICOS ¹	PÚBLICOS
EQUIPE DE ATENDIMENTO	DUAS PSICÓLOGAS UMA PEDAGOGA UMA ASSISTENTE SOCIAL UMA TERAPEUTA OCUPACIONAL	TRÊS PSICÓLOGOS
TIPO DE ATENDIMENTO	AMBULATORIAL	(EM INSTITUIÇÃO PENITENCIÁRIA)
PROCEDIMENTOS	PSICOTERAPIA INDIVIDUAL; PSICOTERAPIA DE GRUPO; TERAPIA FAMILIAR; GRUPO INTERFAMILIAR; TERAPIA OCUPACIONAL	GRUPO DE PRESIDÁRIOS BASEADO NOS 12 PASSOS
PRINCÍPIOS RELIGIOSOS?	NÃO	NÃO
VOLUNTARIEDADE?	NÃO	SIM
ANONIMATO?	NÃO	NÃO
PROGRAMA DE 12 PASSOS?	NÃO	SIM
CLIENTELA-ALVO	MENORES EM LIBERDADE ASSISTIDA	DETENTOS COM PROBLEMAS PRE- GRESSOS DE ABUSO E DEPENDÊNCIA DE SPA E ÁLCOOL
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	150 AGENDADOS (UM ATENDIMENTO SEMANAL EM MÉDIA)	30 PESSOAS EM ATENDIMENTO SEMANAL EM CINCO GRUPOS
PROCEDÊNCIA	CAMPINAS E REGIÃO VIZINHA	CAMPINAS E REGIÃO; GRANDE SÃO PAULO
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	NÃO	NÃO (SÓ OS PRÓPRIOS DA INSTITUIÇÃO)
ATENDIMENTO PÓS-"ALTA"?	NÃO	NÃO
REFERENCIAL TEÓRICO E/OU CONCEITO DE DEPENDÊNCIA A SPA	PSICANALÍTICO ² E PSICODRAMÁTICO ²	PROGRAMA DOS 12 PASSOS

¹ NA MEDIDA EM QUE OS FUNCIONÁRIOS SÃO PÚBLICOS (QUATRO DELES VINCULADOS À SECRETARIA DO MENOR DO ESTADO DE SÃO PAULO).

² O REFERENCIAL MENCIONADO É O DAS PSICÓLOGAS.

QUADRO 2 (CONT.) - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DE INSTITUIÇÕES PARA ATENDIMENTO DE TOXICÔMANOS DA REGIÃO DE CAMPINAS (SP).

CARACTERÍSTICA	CENTRO DE RECUPERAÇÃO PELOTÃO DE CRISTO	CENTRO DE REEDUCAÇÃO DO MENOR DOM BOSCO
NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	FILANTRÓPICA	FILANTRÓPICA
ANO DE ABERTURA	1988(FECHADA EM 1990)	1987
CIDADE	SUMARÉ	JAGUARIÚNA
RECURSOS FINANCEIROS	CONTRIBUIÇÕES DAS FAMÍLIAS; DOAÇÕES	CONTRIBUIÇÕES DE FAMÍLIAS; DOAÇÕES
EQUIPE DE ATENDIMENTO	UM PASTOR EVANGÉLICO; DEZOITO "OBREIROS"	UMA PSICÓLOGA E UM PEDAGOGO (EX-SACERDOTE)
TIPO DE ATENDIMENTO	INTERNAÇÃO POR NOVE MESES	INTERNAÇÃO POR UM ANO
PROCEDIMENTOS	ORAÇÃO; ESTUDOS BÍBLICOS; LABORTERAPIA	ORAÇÃO; LABORTERAPIA; GRUPO DE 12 PASSOS; ORIENTAÇÃO FAMILIAR; ATENDIMENTO INDIVIDUAL NO 4º PASSO
PRINCÍPIOS RELIGIOSOS?	SIM	SIM
VOLUNTARIEDADE?	NEM SEMPRE ¹	SIM
ANONIMATO?	SIM	SIM
PROGRAMA DE 12 PASSOS?	NÃO	SIM
CLIENTELA-ALVO	ABUSADORES E DEPENDENTES DE SPA; "OUTROS CRIMES"	MENORES USUÁRIOS DE SPA
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	VAGAS PARA 60. 1.000 ATENDIDOS EM TRÊS ANOS	VAGAS PARA 30 (CERCA DE 80 "GRADUADOS" DESDE 1987)
PROCEDÊNCIA	CAMPINAS E REGIÃO; OUTROS ESTADOS	GRANDE SÃO PAULO; MINORIA DE CAMPINAS
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	NÃO	MAIORES DE 18 ANOS; DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS
ATENDIMENTO PÓS-"ALTA"?	NÃO	SIM
REFERENCIAL TEÓRICO E/OU CONCEITO DE DEPENDÊNCIA A SPA	"TEMOS APROXIMADAMENTE DEZ TIPOS DE CRIMES, ENTRE ELES O USO DE ÁLCOOL E DROGAS" (OUTROS CRIMES: HOMOSSEXUALIDADE, PROSTITUIÇÃO, ETC)."JÁ SE NASCE COM O INSTINTO VOLTADO PARA ISSO"	FALHA NA EDUCAÇÃO

¹ O voluntariado é procurado mas, na prática, internaram-se compulsoriamente.

QUADRO 2 (CONT.) - ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DESCRITIVAS DE INSTITUIÇÕES PARA ATENDIMENTO DE TOXICÔMANOS DA REGIÃO DE CAMPINAS (SP).

CARACTERÍSTICA	GRUPO LUZ DE NARCÓTICOS ANÔNIMOS	PROJETO CASA ABERTA
NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	"IRMANDADE"	SERVIÇO PÚBLICO (SECRETARIA DO MENOR DO ESTADO DE SP)
ANO DE ABERTURA	1982	1987
CIDADE	CAMPINAS	CAMPINAS
RECURSOS FINANCEIROS	CONTRIBUIÇÕES DO NA	PÚBLICOS
EQUIPE DE ATENDIMENTO	(GRUPO DE AUTO-AJUDA)	EDUCADORES DE DIVERSAS FORMAÇÕES
TIPO DE ATENDIMENTO	GRUPO DE AUTO-AJUDA BASEADO NO PROGRAMA DE 12 PASSOS	EDUCAÇÃO INFORMAL NA RUA
PROCEDIMENTOS	PROGRAMA DE 12 PASSOS REUNIÕES FECHADAS DE NA REUNIÕES DE PROPÓSITOS ESPECIAIS	ABORDAGEM EDUCATIVA INFORMAL; ORIENTAÇÕES GERAIS; ATIVIDADES DIVERSAS, ENCAMINHAMENTOS
PRINCÍPIOS RELIGIOSOS?	SIM ¹	NÃO
VOLUNTARIEDADE?	SIM	SIM
ANONIMATO?	SIM	SIM
PROGRAMA DE 12 PASSOS?	SIM	NÃO
CLIENTELA-ALVO	ADICTOS DE UM MODO GERAL	MENORES "DE RUA"
NÚMERO DE ATENDIMENTOS	2.000 EM NOVE ANOS	NÃO HÁ DADOS
PROCEDÊNCIA	CAMPINAS E CIDADES VIZINHAS	CAMPINAS
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	NÃO	NÃO
ATENDIMENTO PÓS-"ALTA"?	NÃO HÁ "ALTA"	NÃO HÁ "ALTA"
REFERENCIAL TEÓRICO E/OU CONCEITO DE DEPENDÊNCIA A SPA	PROGRAMA DE 12 PASSOS E 12 TRADIÇÕES	O USO É CONSIDERADO COMO UM ASPECTO DECORRENTE DE FATORES SÓCIO-ECONÔMICOS

aceitam doações de seus próprios membros). Desta forma, pode-se dizer que, apesar de apenas dois serviços serem "governamentais"¹, a maioria deles funciona com o apoio implícito ou não dos governos municipal, estadual e/ou federal.

A família ou o próprio toxicômano são chamados a contribuir com somas variáveis em dinheiro (em geral insuficientes para cobrir todos os custos do atendimento), exceto o **COMEC** (Centro de Orientação ao Menor de Campinas) e os serviços governamentais.

Seis dos serviços iniciaram seus trabalhos a partir de 1986. Entretanto, não parece que o tempo de funcionamento mais longo signifique necessariamente maior estabilidade nos programas de atendimento propostos. A **Fazenda do Senhor Jesus** e os **Narcóticos Anônimos (Grupo Luz)**, abertos respectivamente em 1979 e 1982 passaram nestes últimos doze meses por alterações substanciais em seu funcionamento, depois de funcionarem praticamente sem mudanças por 12 e 9 anos. Por outro lado, o **Cerem Dom Bosco**, funcionando há quatro anos e meio, não viveu qualquer alteração em seu programa de atendimento desde que foi inaugurado.

Com relação à equipe de atendimento dos serviços, verifica-se que em **seis** deles existem psicólogos; em **dois**, pedagogos; em **três**, assistentes sociais e em **um**, terapeuta-ocupacional. Os demais não possuem qualquer formação especializada em área de saúde. Mesmo entre os psicólogos, o fato de terem formação específica não significa que exerçam necessariamente técnicas psicológicas (no sentido mais estrito) em suas atuações nestes serviços. O mesmo se aplica com relação a um pedagogo, e a outros profissionais, conforme será visto.

¹ Projeto Casa Aberta e o Serviço de Psicologia da Casa de Detenção de Campinas.

Não trabalham nestes serviços profissionais com formação em Psiquiatria. Em **seis** deles, trabalham pessoas de atuação religiosa ou são empregados princípios religiosos nos atendimentos.

O programa dos 12 Passos é utilizado ou recomendado por **cinco** das instituições, configurando-se na maioria deles um dos eixos centrais de seu funcionamento.

Apenas dois dos serviços aceitam atender toxicômanos com outros diagnósticos psiquiátricos associados. Um destes serviços aceita atendê-los sem qualquer supervisão médica, além de proibirem o uso de qualquer medicação (**Pelotão de Cristo**). O outro (**Grupo Luz**) aceita-os como membros e deixa que a própria pessoa decida por um atendimento especializado. Três dos serviços não se propõem a atendê-los mas é viável um acompanhamento conjunto com serviços especializados de saúde mental (**Amorexigente, Comec e o Projeto Casa Aberta**). Na **Casa de Detenção**, os casos diagnosticados são encaminhados para outro estabelecimento penal. Na medida em que não existem psiquiatras nestes serviços, os casos são identificados a partir de profissionais não especializados.

O seguimento após a "alta" do programa não faz parte da estrutura de atendimento de **sete** dos dez serviços, por motivos variados, conforme será exposto nas seções seguintes.

A maioria dos serviços de internação atende a indivíduos que procedem minoritariamente de Campinas. Um deles (**Cerem Dom Bosco**) atende, na prática, somente a pessoas que procedem da região da Grande São Paulo. Todos chegam a atender procedentes de outros Estados.

Já quanto aos serviços ambulatoriais, com exceção do **CAO**, a-

tendem sobretudo a moradores de Campinas e região vizinha.

Nenhum dos serviços utiliza critérios de avaliação formais ou mesmo informais de suas práticas. Alguns mantêm o programa inalterado há cinco ou quinze anos, não vendo motivos para alterá-lo, a despeito das mudanças que provavelmente ocorreram na clientela que os procura. É comum dizer-se que o programa tem um certo percentual de sucesso em relação à abstinência, mas esta avaliação parece derivar de constatações pouco objetivas.

O referencial teórico utilizado varia amplamente de um serviço para outro. Algumas vezes o referencial dos profissionais não é o do serviço, como no caso do **CAO**.

Os princípios da voluntariedade e do anonimato são utilizados pela maioria das instituições, mas às vezes apenas aparentemente.

Duas das instituições pesquisadas não se destinam especificamente do atendimento de toxicômanos (ou de outros tipos de dependência), mas lidam com este problema no cotidiano de suas práticas (**Projeto Casa Aberta** e o **Comec**). Juntamente com o **Cerem Dom Bosco** estas duas instituições lidam com adolescentes menores de idade especificamente. Também o **Cristo te Ama**, o **Grupo Luz** e o **Pelotão de Cristo** atendem ou atenderam a esta faixa etária.

4.2.2 Centro Assistencial CRISTO TE AMA¹

O Centro Assistencial **Cristo te Ama** é uma entidade sem fins lucrativos que funciona em Campinas desde 1973. É titulada como de utilidade pública municipal (desde 1979), estadual (1982) e federal (1988).

"A obra tem por finalidade recuperar jovens e adultos dependentes de

¹ Entrevistado: sr. Adailton Amorim.

drogas ou álcool" (CRISTO TE AMA, 1990, p.5¹). Para isto, desenvolve um trabalho baseado em "ensinamentos bíblicos com cânticos, orações, testemunhos reais, lições e reuniões"(p.7) e laborterapia, sendo este programa previsto para durar nove meses em regime de internação.

O Centro Assistencial está instalado em duas chácaras no distrito de Souzas, a aproximadamente 10km do centro de Campinas. Cada uma das chácaras é usada em uma das fases do programa. O "trabalho externo" (triagem, acompanhamento do "recuperado" e sua família) tem como sede uma casa situada em bairro próximo ao centro da cidade.

A equipe que lida diretamente com os internos é composta de "monitores" que se dedicam integralmente ao trabalho. Não têm formação técnica em área de saúde, mas preparam-se no próprio serviço, durante cinco anos, até que comecem efetivamente a trabalhar.

Da equipe, sobressai-se a pessoa de "Tia Maria", a missionária evangélica Maria da Penha Souza, fundadora do Cristo te Ama e atual diretora executiva da entidade, "pessoa que se desdobra em várias outras para atender aos reclamos de chefes de família, da sociedade e da juventude"(p.2).

Na triagem do serviço, "o jovem passa por uma entrevista onde deverá apresentar-se voluntariamente e comprovar não ser portador de doenças físicas ou mentais que impliquem no uso constante de qualquer medicamento (p.6). Esta restrição vale também para pessoas seropositivas para o HIV: "não temos infraestrutura para acompanhá-los". O fator limitante à extensão do trabalho às mulheres e às crianças² "está no

¹ Cristo te Ama: recuperação de toxicômanos. 1990. 13p. (mimeografado). Este texto é um relatório sobre o serviço fornecido ao entrevistador, onde constam dados sobre a fundação, objetivos, descrição das atividades, etc. As indicações de página nos parágrafos seguintes referem-se a este texto.

² Entre 1986 e 1988 foram atendidas 44 crianças em uma "chácara infantil" para menores de 5 a 14 anos. Este trabalho foi descontinuado por falta de pessoal para o trabalho.

departamento de pessoal, que exige dedicação plena" das pessoas que se propõem a trabalhar na instituição (p.2). Indivíduos com antecedentes criminais são também atendidos, desde que sob autorização legal.

Há fila de espera somente para os alcoolistas, por serem atendidos em menor número (cerca de 25% das vagas). Este limite ao número de alcoolistas atendidos simultaneamente se deve às dificuldades técnicas verificadas: "não apenas a questão do álcool ser legalizado e facilitar o consumo, mas as características do alcoolista são muito mais difíceis de serem alteradas".

O **Cristo te Ama** tem capacidade para o atendimento de 50 a 60 pessoas de cada vez em regime de internação. Entre 1980 e 1989, o número médio anual de pessoas recebidas em regime de internato foi de aproximadamente 197. "Desde sua fundação, foram (...) 3.000 jovens, sendo que o índice estimado é de 80% de recuperação" (p.11)¹. A frequência de abandonos de tratamento antes de sua conclusão não é fornecida, mas poderia ser calculada a partir destes números, com a ressalva de que no início o número de vagas era menor que o atual.

A faixa etária hoje atendida está entre os 11 e os 40 anos; aproximadamente 50% dos que procuram o serviço são menores de 18 anos.

Quanto às substâncias mais utilizadas pelos que procuram o serviço: "este dado não nos preocupa, este estudo é feito por outros serviços. Vamos direto à solução do problema, que é o que interessa".

O atendimento é gratuito. "Os recursos financeiros para o cumprimento de suas finalidades advêm das contribuições em forma de dízimo feitas pelos voluntários que participam do Trabalho Externo, re-

¹ Este índice foi estimado por repórteres de uma estação de TV, em 1986, segundo informa o entrevistado. O **Cristo te Ama** não faz este tipo de cálculo.

presentando 70% dos recursos - o que praticamente mantém a Obra. Recebemos recursos de Instituições governamentais, como: Promoção social do município e do estado; além das contribuições dos nossos sócios por intermédio da Federação das Entidades Assistenciais de Campinas (FEAC) e das promoções ou campanhas de alguns Clubes de Serviço. Os familiares contribuem, dentro de suas possibilidades econômicas, durante a permanência do interno na recuperação" (p.11).

Objetivos e técnicas

"A obra tem por finalidade recuperar jovens e adultos dependentes de drogas ou álcool, muitos encaminhados pela Justiça Criminal, liberados ou egressos; menores delinquentes viciados com diversas passagens pela polícia (liberados pelo Juizado de Menores). (...) A recuperação abrange também os aspectos: médico, dentário, nutricional e assistencial, estendendo-se aos familiares para que o ciclo de recuperação se complete e solidifique" (p.5).

"Quando o jovem entra para para o **Cristo te Ama** e compreende que ele é tão importante para Deus, que Jesus morreu na cruz para o salvar, e aceita o sacrifício de Jesus como pagamento da sua dívida para com Deus, sai das trevas para a luz e não sente mais vontade de tomar drogas. Passa a sentir, a amar; tem vontade de estudar, trabalhar, vencer, de viver novamente. É com essa finalidade que temos o Centro Assistencial **Cristo te Ama**: de salvar o jovem do seu caminho de trevas e de reintegrá-lo na família e na sociedade" (p.4).

"O trabalho desenvolvido pelo **Cristo te Ama** não tem o objetivo de ser a solução para o problema das drogas, mas, sim, uma proposta

modelo para sensibilizar a população e mostrar que a recuperação do viciado é possível" (p.2).

"A recuperação é desenvolvida em fases distintas, sendo fundamental que o recuperando permaneça até a última, para que a recuperação seja consolidada de forma definitiva.

"A) 1ª Fase: tem a duração de três meses e o recuperando permanece em regime de internato, sem contato com a sociedade, longe do cenário de drogas, 'amigos', traficantes; e com a família mantém correspondência^[1]. É a fase mais difícil da recuperação, sendo que, o recuperando fica ali por livre iniciativa. Nesta fase ocorre a libertação da dependência, sem recorrer a medicação de espécie alguma. São acompanhados em tempo integral com muito aconselhamento e amor, onde o seu tempo é preenchido com atividades, recebem ensinamentos bíblicos com cânticos, orações, testemunhos reais, lições^[2] e reuniões. Cocluído este período, segue para a segunda fase em outra chácara, também localizada no distrito de Souza - Campinas.

"B) 2ª Fase: É a etapa da reestruturação de sua vida; da recuperação física, pois geralmente chegam em estado crítico: magros e desnutridos pelas drogas ou pelas bebidas alcoólicas, além de rejeitados, muitas vezes, até pelas próprias famílias. Firmam-se em novos objetivos, pois a vida para cada um adquiriu novos valores. Reinicia-se o contato pessoal com seus familiares, aos domingos, no trabalho externo^[3]. Nesta etapa, permanecem cerca de seis meses, onde continuam internados em tempo integral, ocupando o seu tempo nos estudos bíblicos, cuidando dos objetos pessoais, praticando algumas atividades físicas e cuidan-

¹ A correspondência é censurada, tanto a que chega quanto a que sai.

² Lições sobre a Bíblia, incluindo avaliações por escrito.

³ Contato por alguns minutos ao final de uma celebração religiosa.

do da própria chácara (...).

"C) 3ª Fase: é o período de preparação para o retorno ao lar, à família, aos estudos, ao trabalho, etc. Ficam aproximadamente um mês colaborando com algumas atividades no internato. São orientados sobre os cuidados que deverão tomar ao retornarem à vida 'aqui fora' e, na medida do possível, são encaminhados a empregos. Alguns recuperados se oferecem para continuar na Obra, colaborando como monitores. Após uma avaliação e consentimento mútuo são preparados para esse fim. Alguns são funcionários de longa data.

"D) 4ª Fase: é desenvolvida na (...) sede do trabalho externo. Nesse local há cinco reuniões semanais, onde o recuperado e sua família continuam recebendo assistência espiritual por tempo indeterminado^[1]" (p.7).

Alguns procedimentos nas chácaras são regulamentados como forma de viabilizar uma "mudança ou retomada dos valores morais" durante a estadia da pessoa, assim como manter a coerência, aparentemente, com os objetivos do programa. Assim, por exemplo, não é permitido o uso de camisetas com estampas alusivas a cigarros ou bebidas. Os objetos de uso pessoal são da mesma marca para todos. A convivência entre os internos é direcionada para que se mantenha a cordialidade. O desrespeito às regras básicas, que incluem abstinência de drogas e de atividades sexuais, a censura às cartas, etc, leva à exclusão do programa, o que é considerado raro.

Todo mês os monitores fazem um relatório sobre cada um dos internos, contendo dados sobre seu comportamento no período, sendo

¹ Para os que moram em Campinas e região; os demais enviam eventualmente correspondência ao Cristo te Ama.

o caso avaliado desta forma.

Outros dados

A ênfase religiosa (evangélica), dada ao programa não se fundamenta em nenhuma religião específica. Pessoas de qualquer religião são atendidas.

O entendimento sobre o que são as toxicomanias centra-se em conceitos e princípios religiosos:

"(...) 'E viu Deus que a luz era boa; e fez a separação entre luz e as trevas' (Gênesis, 1). E, desde então, as trevas têm tentado sobrepujar a luz. Por incrível que pareça, Deus tem um inimigo: Satanás, o príncipe das trevas. Este inimigo abriu uma luta contra Deus, numa tentativa inútil de vencê-lo. E nessa luta ele ataca o homem com diversas armas (...). Tudo o que acontece no mundo é resultado disso: guerras, armas atômicas, violências, desrespeito e insegurança. Mais recentemente o inimigo (Satanás) introduziu uma nova arma, que são as drogas" (p.3).

As possibilidades de tratamento por outros meios que não os do **Cristo te Ama** são vistas como pequenas.

Não são aplicados os princípios dos AA/NA: "têm uma possibilidade muito pequena de serem eficazes; é difícil que alguém invista numa pessoa que acredite que não tem cura, que viva achando que corre o risco de voltar a usar a qualquer momento".

Com relação às técnicas psicológicas e médicas: "como é sabido, os psicólogos trabalham com os viciados estudando-lhes a mente, a psiquê, procurando encontrar o trauma que originou o vício. Os médicos

por sua vez, agem ministrando-lhes medicamentos. O Centro Assistencial **Cristo te Ama** oferece-lhes a oportunidade de conhecer Jesus Cristo e por meio da mensagem bíblica o viciado será recuperado" (p.2).

4.2.3 FAZENDA DO SENHOR JESUS ¹

A **Fazenda do Senhor Jesus** é um dos serviços mais tradicionais de atendimento ao alcoolista e toxicômano em Campinas. É também conhecida pelo público como "Fazenda do Padre Haroldo", em referência ao seu fundador e atual diretor da APOT, o sacerdote jesuíta Padre Haroldo Rahm. Foi fundada em 1979; hoje, existem 28 serviços do mesmo tipo em todo o Brasil, em diferentes Estados (serviços autônomos).

Funciona em um terreno de aproximadamente 13 alqueires, a cerca de 25km do centro de Campinas. Lá existe uma área construída suficiente para abrigar cerca de 60 internos, além da equipe de "conselheiros" (cerca de 12 voluntários "graduados" pelo programa), o pessoal da coordenação e alguns poucos empregados (três). A **Fazenda** atende a pessoas acima de 16 anos, de ambos os sexos, e que queiram voluntariamente o atendimento.

Os recursos financeiros da **Fazenda** provêm de um convênio com o SUDS, de doações e de contribuições das famílias dos internos (cada família contribui de acordo com suas possibilidades financeiras).

Em agosto de 1990, a direção da **Fazenda** foi mudada e passou para as mãos do jesuíta Padre Carlos Bartles, recém chegado dos EUA, que empreendeu algumas alterações no programa desenvolvido na instituição. Em outubro de 1991 ele deixa a coordenação (ver p.137).

¹ Os entrevistados foram o Pe. Carlos Bartles, coordenador da **Fazenda do Senhor Jesus** à época da entrevista (janeiro de 1991), e o sr. Carlos Rezende, ajudante de coordenação.

Uma das mais importantes alterações foi a redução do tempo previsto para a "graduação" (cumprimento integral do programa) de nove para seis meses. Passaram a não mais ser solicitados exames laboratoriais. Na triagem, para internação na Fazenda (realizada no Centro de Atendimento e Orientação, CAO, que será descrito a seguir), passaram a ser feitos testes psicológicos (HTP e Raven), com o intuito de não incluir casos "psiquiátricos".

A ênfase atual é no tratamento e recuperação. "O programa antigo é completamente diferente do atual: tendiam para a auto-suficiência. Há aproximadamente 28 Fazendas no Brasil que usam [o princípio da] auto-suficiência e ainda não pediram ajuda para mudar. O antigo era centrado na oração e trabalho. O discurso era 'vocês precisam produzir e orar'. Cheguei e mudei tudo. Para nós, o tratamento e recuperação vêm em primeiro lugar e, depois, trabalho." Por "auto-suficiência" entende-se a produção, na própria **Fazenda**, de suprimentos necessários a sua manutenção, principalmente alimentos.

As mudanças não foram feitas sem que não houvesse uma repercussão imediata: no mês seguinte chegou-se a registrar 26 abandonos de tratamento; os conselheiros, por sua vez, graduados pelo programa antigo, somente aos poucos acostumaram-se e aceitaram o novo.

Os objetivos e as técnicas

Ao chegar na **Fazenda**, em geral após um período de espera frequentando um grupo no CAO, o interno encontra um cronograma de atividades montado (exceto nos fins de semana, a partir das 12h do sábado, quando as atividades são livres). As atividades são principalmen-

te grupais, sendo os internos divididos em grupos de dez a dozes, cada grupo com dois conselheiros. Em seguida estes grupos são descritos.

Grupo sobre os 12 Passos. É diário e fundamenta-se no programa dos 12 Passos dos AA/NA. "Usamos os 12 Passos como um veículo. Para nós o mais importante é que aceitem [a assertiva] 'eu sou humano', 'eu sou não-Deus'", referindo-se ao primeiro passo do programa (Anexo 2) e à ênfase religiosa que é dada pelos AA/NA.

Grupo de sentimento. Aqui se coloca a oportunidade de o interno falar sobre os vários aspectos de sua vida (trabalho, família, sua casa, etc). É semanal.

Grupo de partilha. Sobre as vivências do dia-a-dia na Fazenda, as "novas experiências e novos sentimentos". Aqui se utiliza e se estimula a confrontação, do indivíduo consigo mesmo e com os colegas. "Nós funcionamos como espelhos (os espelhos não mentem) e não como juízes."

Laborterapia. Algumas atividades de manutenção da Fazenda ficam a cargo dos internos: criação de animais, consertos, limpeza dos dormitórios, da cozinha e preparo das refeições. Lavam as próprias roupas também.

Recreação. Para períodos sem atividades determinadas, há uma sala de TV ("pouco frequentada porque não conseguem prestar atenção"), quiosques espalhados pela Fazenda onde são feitos pique-niques e quadra de esportes. Nos períodos livres os internos não saem da Fazenda. Saem apenas para eventuais consultas médicas ou odontológicas. O afastamento do sujeito de seu meio é valorizado "para que se concentrem no tratamento".

Orientação familiar. É mensal e em conjunto para todas as famílias. Em cada reunião é desenvolvido um tema, por exemplo, "a doença, a honestidade, espiritualidade e confiança". Procura-se passar a idéia de que "o tratamento é oportunidade e não punição".

O **objetivo** geral almejado pelo serviço da **Fazenda** é "a sobriedade, estar limpo (de drogas), seco (de álcool) e aceitar você mesmo e outras pessoas. Procura-se um retorno aos valores espirituais (espiritualidade)". "Quando os internos aqui chegam, estão para nós falidos de espiritualidade e, muitas vezes, falidos também sobre materialidade (não temos interesse nisso, só em espiritualidade). No tratamento não valorizo a fê, porque é secundária à espiritualidade."

Outras características do programa

O serviço funciona com algumas regras implícitas. Quanto ao uso de substâncias na **Fazenda do Senhor Jesus**, às práticas sexuais, furtos, etc, afirma-se: "não se deseja isso, não esperamos. Mas, se assumem a responsabilidade sobre isso, não são excluídos [do programa]. Não são revistados e não parece haver problemas com álcool e drogas. Só são excluídos se não puderem ser honestos".

Os alcoolistas e toxicômanos não são separados, não se vê distinções entre eles suficientes para passarem por tratamentos diferentes. Os eventuais desacordos que surgirem e que se relacionem à diferença de substâncias usadas, estes desacordos são utilizados e discutidos no tratamento. A maioria dos internos "está dependente" destas substâncias sendo o mais frequente a associação do uso de álcool e outras substâncias. "Alguns poucos estão em fase inicial [de consumo]."

Embora não sejam fornecidas estatísticas, a administração da **Fazenda** considera o padrão mais frequente de uso a associação de cocaína e álcool. Citam também os "xaropes", a maconha, os "cogumelos", Artane^R e (pouco frequente mas em ascensão) o uso do *crack*, como as substâncias mais usadas.

Espera-se que os pacientes neuróticos e psicóticos sintomáticos não lhes sejam encaminhados pela triagem. Caso a identificação desses casos ocorra após a internação, são encaminhados para profissionais de Saúde Mental e excluídos do tratamento na **Fazenda**. A identificação destes casos é feita pelos próprios conselheiros e coordenadores do serviço, sem formação na área.

A maioria dos 66 internos, à época da entrevista, era constituída de homens (61), mais da metade deles com seropositividade para HIV. Sobre os problemas de manejo desta parcela dos internos, não se percebem dificuldades específicas: "qualquer doença a mais complica o tratamento. É difícil a aceitação de uma segunda doença ou problema físico". Refere-se ao mecanismo psíquico de negação da contaminação pelo HIV, que verifica também com relação à própria dependência: "eles negam, negam, negam: 'não sou viciado'. Enquanto negam não têm desejo, não admitem precisar de ajuda".

Quanto à voluntariedade, ela é um princípio de atuação da APOT. A maioria dos pacientes chega ao CAO sob pressão familiar, e muitos vão para a **Fazenda** ainda sob esta pressão. Percebe-se que muitos chegam sem querer ficar e depois mudam de idéia, "o ambiente da **Fazenda** é acolhedor".

A procedência dos pacientes é variada, mas a maioria vem do

Estado de São Paulo. Cerca de 30 a 40% vêm da região de Campinas. Este fato dificulta o acompanhamento pós-"alta"; as notícias que têm dos ex-internos chegam através de eventuais cartas ou visitas.

O abandono do tratamento no atual programa é raro, embora não se quantifique o quanto.

Outros dados

Trabalha-se na **Fazenda** com a questão da dependência centrando-se no conceito da **espiritualidade**: "para nós esta doença é doença espiritual e, por isso, a recuperação e tratamento são também de natureza espiritual. Espiritualidade, para nós, é bem diferente da religiosidade. A religiosidade é apenas uma parte da espiritualidade, que inclui todas as coisas não materiais."

Como tratar espiritualmente? "Não ensinamos nada, tentamos ajudá-los a descobrir suas necessidades sobre espiritualidade. Não imponemos nada." Relata-se uma situação que exemplificaria tipicamente a forma como valores espirituais seriam **apresentados** aos internos. Padre Bartles conta que estava com um dos internos observando, no curral da **Fazenda**, uma vaca que havia parido. Ela procurava limpar o bezerro e alimentá-lo. O interno, que era fazendeiro, começa a falar sobre a criação comercial de gado, os lucros possíveis, etc. O Padre lhe observa que um outro lado da situação não estava sendo observado: a maternidade, o carinho, os cuidados que o animal dispensava à cria, a tranquilidade da cena. O interno se apercebe disto e comenta como nunca antes havia pensado desta forma.

Outro aspecto "básico" é a "honestidade". "Diferenciamos cul-

pa de responsabilidade. Pode-se ser responsável sem ser culpado [por um evento irregular dentro da **Fazenda**]. É solicitado aos internos que admitam os eventuais atos irregulares que cometam.

Sobre as possibilidades de melhoras espontâneas de dependência de spa, fora de um tratamento: "o real viciado não melhora espontaneamente, assim como não melhora só com AA. Alguns fazem diagnóstico errado para si mesmo de dependência, e aí podem 'melhorar'. Mas o real viciado quase nunca melhora só com o AA".

Sobre as sugestões para uma melhora do sistema de atenção ao toxicômano, responde-se: "Cada um deve fazer o que sabe. Não tenho, por exemplo, experiência com neuroses e psicoses, meu forte é grupoterapia. É melhor grupoterapia do que partilhar em particular, no que nos diferenciamos do AA, que preconizam isto", referindo-se ao 4º passo (inventário moral)(Anexo 2) a ser compartilhado com um "padrinho".

"Acho que para entender melhor o programa é importante conversar com os internos. Eles são as vítimas, inclusive do próprio programa. É preciso sentir o programa."

4.2.4 AMOREXIGENTE ¹

Como um dos setores da APOT, o Amorexigente (AE) configura-se como uma associação de pessoas comprometidas com a abordagem de famílias onde um membro (na prática, o filho) é usuária de spa. Todas as pessoas que atuam diretamente junto ao AE são voluntários. Em geral, são casais que já passaram pelo programa do AE, mas também indivíduos graduados pela **Fazenda do Senhor Jesus** e técnicos de diferen-

¹ A entrevistada foi a sra. Mara Menezes, coordenadora nacional do Amorexigente e do grupo de Campinas.

tes formações (psicólogos, advogados, médicos).

"O Amorexigente é essencialmente um grupo de apoio, orientação e prevenção contra as drogas. É uma proposta de educação destinada a pais e orientadores como forma de prevenir e solucionar problemas com jovens.

"Este método surgiu nos EUA a partir da experiência de três pessoas: Ted Watchel e o casal Phyllis e David York. Este casal de psicólogos teve três filhas, todas se envolvendo com drogas. Os recursos disponíveis da Psicologia tradicional dos anos 80 nos EUA foram usados, mas o caminho para a solução do problema deles foi o AE, que apresentaram num livro ("Tough Love"). Nele há dez princípios básicos nos quais se apóiam para estruturar o relacionamento entre pais e filhos¹.

"Ao tomar conhecimento deste movimento americano, Padre Haroldo trouxe-o para o Brasil.

"Há seis anos, trabalha-se com AE e já se possui uma adaptação bem brasileira para esta proposta.

"Em Campinas usa-se o AE em cinco diferentes situações:

- 1) Palestras e cursos para pais, orientadores e jovens, na prevenção primária contra as drogas;
- 2) Para pais cujos problemas estão gerando os desajustes dos filhos;
- 3) Para pais buscando orientação para prevenir problemas;
- 4) Para pais que já têm problemas com os filhos;
- 5) Para jovens em busca de apoio e orientação.

¹ O título do livro traduzido no Brasil é *Amorexigente. O que fazer quando seu filho se torna revoltado, inconveniente ou viciado?* São Paulo, Edições Loyola, 1989. 243p.

"Assiste-se, portanto, ao comportamento violento e auto-destrutivo de jovens se alastrar como peste, independente de idade (vêm-se problemas começarem aos seis, sete anos e homens que aos 35, ainda não saíram da dependência dos pais), raça, religião, nível de educação ou poder econômico. Os desajustes e a inadequação entre jovens é uma realidade crescente em nossa sociedade.

"O AE tenta estruturar o relacionamento dos pais com os filhos a partir dos dez princípios apresentados no livro" ¹.

Os dez princípios são os seguintes: 1) os problemas da família têm raízes e apoio na cultura; 2) os pais também são gente; 3) os recursos materiais e emocionais dos pais têm limite; 4) pais e filhos não são iguais; 5) a culpa torna as pessoas indefesas; 6) o comportamento dos filhos afeta os pais, o comportamento dos pais afeta os filhos; 7) assumir posições precipita crises; 8) das crises controladas surge a possibilidade de mudança positiva; 9) as famílias precisam dar e receber apoio em sua própria comunidade para que possam mudar sua atitude e 10) a essência da família repousa na cooperação, não na convivência.

No Brasil existem atualmente **cinqüenta** grupos de AE em nove Estados (GO, MG, MS, SP, RJ, PR, SC, RS e DF). "O AE tem a abrangência e aceitação que tem porque está voltado para as raízes culturais, para os problemas de nossa sociedade e cultura atuais, além de apoiar-se em verdadeiros e comprovados conceitos de educação válidos nesta e nas antigas gerações."

O primeiro grupo estruturado no Brasil foi o de Campinas, em 1986. Nesta cidade, o AE não dispõe de instalações físicas próprias, u-

¹ Os sete últimos parágrafos são uma transcrição literal de um **acrêscimo** feito pela entrevistada ao texto que foi enviado para sua correção, depois da entrevista gravada.

tilizam salas emprestadas. O atendimento feito é gratuito.

Setenta a 80% dos pais que buscam o AE não permanecem no programa. "Dos 20 a 30% que ficam, 90% recuperam os filhos. O maior número de famílias em atendimento é de classe média, pois permanecem por mais tempo no programa. Os pais de baixo nível sócio-econômico não ficam, talvez por conta das pressões sociais, estão sempre exaustos e atarefados, cheios de limitações." Para alterar esta situação, planeja-se a abertura de espaços físicos em bairros mais afastados do centro da cidade que facilitem o acesso às reuniões; também grupos de pais nos fins de semana são planejados.

Objetivos e técnicas

"Semanalmente, durante aproximadamente duas horas e meia, reunimos grupos de pais, esclarecendo-os e orientando-os no sentido de não acietarem o comportamento agressivo e violento de seus filhos. Esta não aceitação acaba desencadeando no filho a decisão de mudar de atitude."

"A conscientização da família, a instrução e a orientação na linha do AE levam os pais a tomar atitudes que ajudam o jovem a se reorganizar, colocando limites e estruturando o jovem no caminho que a família deseja para ele. Isto se faz através de um plano de ação junto ao filho que nós os ajudamos a elaborar", referindo-se à função de "espelho" que exerceriam, mostrando o problema.

O atendimento é feito sobretudo em grupos, cada um com no máximo cinco casais e doze a quinze componentes. Cada casal tem, em cada reunião semanal, cerca de 20 minutos para a exposição de seu ca-

so. Há diversos grupos em funcionamento.

Grupos de acolhimento. Para os que vêm pela primeira e segunda vezes. "O primeiro contato deve ser para ouvirmos e conhecermos o problema que trouxe o(s) pai(s) até o AE. Nosso papel é dar-lhes **esperança**. Falamos da doença 'drogas' e de seus sintomas, que são perfeitamente controláveis. E passamos a idéia de que os pais podem contar conosco. E o primeiro passo é que eles se auto-analisem e mudem de atitude (AMOREXIGENTE, s/d, p.5¹).

Grupos para casais com problemas de relacionamento conjugal.

Grupos para casais que precisam de orientação para resolver problemas jurídicos.

Grupos para casais com problemas gerais.

Grupos para pais com dificuldades especiais de entendimento e assimilação da proposta. "Alguns pais não entendem a proposta, não conseguem assimilá-la. Neste caso damos uma atenção especial a eles, o assistimos de perto, vamos até sua casa."

Grupos de estudo ou treinamento para trabalhar em AE. Estes grupos destinam-se aos pais que, após pelo menos seis meses de AE e tendo seu problema familiar "estabilizado" queiram trabalhar como voluntários nos diferentes setores do programa AE.

Grupos de jovens. No folheto "Amorexigente para jovens"(s/d) se delineiam algumas características do programa do AE voltado para os usuários² (Anexo 4). Trabalha-se aparentemente com aconselhamento.

¹ Apostila de sete páginas contendo as características principais do programa, não datada.

² Usuários ocasionais ou não dependentes. Os toxicômanos não são alvo do AE, somente seus pais. Os dependentes são encaminhados para "diferentes tipos de abordagem", incluindo a Fazenda do Senhor Jesus, através do CAO.

Outros dados

A ênfase do programa é na prevenção primária e secundária, segundo se informa. Mas o **Amorexigente** é também procurado por outros problemas entre pais e filhos (por exemplo, cita-se o caso de crianças hiperativas) e por pais que não têm problemas com filhos usuários de spa mas que se sentem "prejudiciais" aos filhos.

Ao contrário de outros setores da APOT, o AE não recomenda os AA/NA (Al-Anon e Nar-Anon) aos pais que seguem seu programa: "ou um ou outro". Nenhuma família é excluída aprioristicamente.

As substâncias de uso mais relatadas como tendo sido usadas inicialmente são as vendidas em farmácia (Artane^R, anfetaminas, glaucen, tranquilizantes), os solventes e o álcool. Quando o uso já está mais frequente, relatam-se a cocaína, o álcool e a maconha. De acordo com a cidade, o AE verifica uma variável frequência de consumo de diferentes substâncias.

À pergunta sobre sugestões para melhora dos atendimentos a toxicômanos, observa: "penso que todas as iniciativas são válidas, mas sinto que entre os profissionais o maior problema é a falta de experiência deles. Há uma defasagem entre o conhecimento teórico e a prática".

4.2.5 Centro de Atendimento e Orientação (CAO)¹

O CAO é um dos setores da APOT, tendo assim estreitos vínculos com a **Fazenda do Senhor Jesus** e com o **Amorexigente**. O CAO faz as triagens dos pacientes a serem internados na **Fazenda**, além de realizar atividades ambulatoriais.

¹ Entrevistada: Psicóloga Rozines A. Lourenço, que trabalha há dez anos na instituição.

Sempre houve um setor de triagem e seleção para a **Fazenda**, mas em novembro de 1990 o papel do **CAO** foi alterado, pretendendo configurar-se agora também como um núcleo de atendimento ambulatorial. Na ocasião da entrevista (janeiro de 1991), o **CAO** realizava as triagens de todos os casos que chegam à APOT e mantinha grupos de espera para internação, além de atender em psicoterapia de apoio.

O serviço funciona em uma fazenda cedida pela FEAC (Federação das Entidades Assistenciais de Campinas) a cinco minutos do centro de Campinas. Um casarão com oito salas e um salão para reuniões e cursos da APOT compõem suas instalações físicas. Como uma espécie de porta-de-entrada da APOT, a demanda que chega ao **CAO** é grande. Nas primeiras três semanas de janeiro de 1991 há haviam sido atendidas da triagem 72 pessoas; haviam 20 na fila para internação e agendados para o grupo de espera (em atendimento semanal).

Dos que chegam ao **CAO** "a minoria é de Campinas". A maioria vem de outras regiões do interior do Estado; em seguida vêm em maior número do ABCD paulista e, depois, de Campinas. Alguns vêm de outros Estados, mas em geral são encaminhados para serviços semelhantes mais próximos de suas casas.

A que se deveria a grande procura pelo **CAO**? "Um fator que traz à procura é o carisma de Pe. Haroldo Rahm." O presidente da APOT faz palestras e cursos em várias regiões do país sendo a associação que preside, assim, propagandeada.

A maioria dos indivíduos que chegam vêm sob iniciativa (às vezes pressão) familiar. A orientação dada pelo telefone é que a possibilidade de tratamento oferecida é de aceitação voluntária. uma

vez que a própria infraestrutura física da **Fazenda** não permite que se mantenha alguém involuntariamente. Ressaltou-se também que muitas vezes o paciente pode vir sem muita vontade para a internação, mas tem o interesse despertado a partir do momento em que passa a experimentar o programa. "A família muitas vezes diz: '-Mas como se ele quiser? Está tão mal que não consegue discernir o que quer'. Eu concordo com esta colocação, às vezes ele não pode decidir. Mas enfatizamos a necessidade de ele querer."

Todos os empregados do **CAO** são contratados em regime de CLT. São três psicólogas, uma assistente social e oito empregados de apoio (recepcionista, motorista, da limpeza, etc) . Há um plantão telefônico que funciona 24 horas por dia somente para informações administrativas. Entre os profissionais universitários, o tempo de trabalho na instituição era de 8 anos, 3,5 anos e 10 meses (psicólogas), e 8 meses (assistente-social). Duas das profissionais são pós-graduadas em suas áreas de estudo.

Objetivos e técnicas

O objetivo geral do **CAO** é prover um atendimento inicial e um encaminhamento aos que procuram a APOT.

A **trigem** procura selecionar os pacientes candidatos à internação na **Fazenda**. Os critérios de exclusão são a idade (menores de 16 anos), os quadros psiquiátricos graves e indivíduos que usam qualquer tipo de psicotrópico com finalidades terapêuticas. Estes casos são de imediato encaminhados para outros serviços. Indivíduos com seropositividade para o HIV e também aqueles com antecedentes criminais são ad-

mitidos. São incluídos indistintamente alcoolistas e toxicômanos. "Em minha opinião pessoal não se deveria: os próprios pacientes são incompatíveis entre si no trato pessoal."

A gravidade dos casos selecionados para internação é variável; parece refletir uma fase de adaptação do serviço. Identificam-se algumas dificuldades em se entender que tipo de paciente a coordenação da **Fazenda** está querendo que seja selecionada. Ao longo do tempo a clientela mudou, "antigamente tínhamos uma clientela com muitos anos de dependência, com dezenas de internações anteriores. Hoje não, o paciente que vai internado fantasia muito, diz que já usou muito e às vezes isso não aconteceu."

O tipo de substância mais utilizada pelos clientes do **CAO** são atualmente álcool, maconha e cocaína. Depois seguem-se os "xaropes", inalantes, chás de lírio e cogumelo. A maioria é poliusuária.

No processo de triagem, o cliente é atendido em duas entrevistas onde se procura fazer um diagnóstico psicológico. o HTP e o RAVEN são requeridos pela **Fazenda** e, por isso, também são feitos. Uma entrevista com a família também é feita, definindo-se então o encaminhamento dado ao caso. Posteriormente, se for o caso de uma internação na **Fazenda**, o cliente passa para o grupo de espera, que tem a função de apoio. Não são utilizados os 12 Passos, embora a frequência ao AA/NA seja recomendada.

No caso de um **atendimento ambulatorial**, o atendimento consiste em aproximadamente seis sessões de psicoterapia de apoio, sendo depois encaminhados para outros recursos da região.

O referencial teórico utilizado na compreensão do caso, nesta e-

tapa do atendimento da APOT, é psicanalítico (o que se deve à formação pessoal dos profissionais e não à orientação da instituição). Apesar disso, não são utilizadas técnicas que se apóiem neste referencial.

Outros dados

A partir de sua experiência de quase nove anos na APOT, a profissional entrevistada acredita que o sentido a ser seguido pelos serviços de tratamento de toxicômanos é o do atendimento ambulatorial.

"Particularmente recomendaria a internação só em último caso. É quase uma fuga o processo de internação numa comunidade como a nossa, assim como em qualquer outra que se centre em internação. O índice de recaída também é grande, como em qualquer outro programa, e não temos condições de acompanhar todo mundo após a alta. É uma minoria os que voltam a nos procurar depois que saem. É como se precisassem esquecer o processo."

"A Fazenda oferece proteção, dá margem de escolha porque ele não é obrigado a ficar. Faz TO, laborterapia, e não é encarado como paciente psiquiátrico. Mas ficam, alguns deles, por falta de opção. Os pais não têm para oferecer outros modelos de tratamento, que existem em pequeno número."

Preocupações sobre a adequação do serviço à clientela e vice-versa são expressas: "seria importante sabermos em detalhes que tipo de paciente se beneficia com nossa proposta".

"Cerca de 50% terminam o programa e, destes, 50% param de usar. Assim, 25% da população inicial melhora", acentuando que falta um acompanhamento pós-alta a médio e longo prazos para uma avaliação mais

acurada. "A triagem tenta [selecionar os pacientes que se adequariam melhor ao programa] mas não consegue e muitos ficam ocupando leitos."

Quanto às sugestões para melhoria do atendimento de toxicômanos, lista: 1) cada serviço deveria estar consciente de seu limite, do que pode oferecer; 2) integração assistencial: conhecer e integrar os serviços, diminuir o "encistamento" e 3) "controle" das práticas de atendimento como forma de garantir alguma qualidade. "Fico pasma com o número de iniciativas religiosas nesta área. Eles não têm culpa, porque quem deveria estar ocupando espaço não está [isto é, os profissionais de saúde]. As iniciativas leigas são às vezes superinadequadas e os profissionais também."

4.2.6 Centro de Orientação ao Menor de Campinas (COMEC) ¹

O **Comec** é uma entidade autônoma, sem fins lucrativos, de utilidade pública federal, municipal e estadual. Indiretamente está vinculada à Secretaria do Menor do Estado de São Paulo por serem quatro de seus funcionários ligados à Febem, fundação subordinada a esta secretaria.

Até 1980, ano de abertura do **Comec**, não havia qualquer serviço de assistência ao menor infrator em nível ambulatorial. No caso de estar em liberdade assistida (LA), o adolescente tinha mantido o andamento judicial de seu caso e era acompanhado semanalmente por comissários. O **Comec** surgiu para prover estes adolescentes em liberdade assistida de um atendimento também psicológico, pedagógico e social, assim como "realizar a prevenção e atender adolescentes processados mas não sentenciados em LA".

O atendimento é ambulatorial, feito em uma casa da região cen-

¹ Entrevistada: Psicóloga Eliete F.Santos.

tral da cidade. Cada pessoa é atendida pelo menos uma vez por semana, sendo atualmente 150 menores a clientela do centro, alguns deles não comparecendo com regularidade.

A equipe técnica é formada por uma pedagoga (com onze anos de trabalho na instituição), uma assistente social (6 anos), duas psicólogas (5 e 10 anos) e uma terapeuta-ocupacional (dois anos). Completam a equipe três funcionários de apoio (merendeira, motorista e recepcionista). Toda a equipe trabalha em período integral na instituição.

Dos 150 menores em atendimento, dois terços comparecem com regularidade. "Os que não comparecem são os que continuam roubando com maior frequência, usando mais drogas - em geral injetáveis -, são os que não formaram vínculo."

"O trabalho sofre muito por falta de continuidade. Eles faltam, mudam de cidade; às vezes são jurados de morte e desaparecem (ou se mudam ou morrem). Em geral são mortos pelos colegas, por vários motivos. Por exemplo, o desrespeito a algumas regras que têm, como a divisão igualitária do produto dos furtos. Um simples esbarrão pode desencadear um litígio que, da próxima vez, pode significar a morte para um deles. Vivem um processo muito destrutivo."

A procedência dos casos atendidos é Campinas e região. A maioria é do sexo masculino, mais de 90%. "Geralmente têm graves problemas sócio-familiares: pais separados, mortos ou com problemas graves (alcoolismo, espancamento da cônjuge e dos filhos); às vezes tornam-se arrimos de família aos 11 anos."

Por ordem decrescente de frequência, os problemas que têm com a justiça se devem a furto, assalto a mão armada, uso ou porte de dro-

gas.

Os que usam em geral não são dependentes. "De nossa população de 150, se tivermos três ou quatro dependentes de fato, é muito. A maioria é usuária não dependente. Iniciam com **cola**, aos 11 ou 12 anos. Depois passam para maconha. Usam muito **baque** (cocaína injetável). Na maioria das vezes usam para enfrentar certas situações de vida, usam para roubar, por exemplo. Me parece que a maioria daria para passar sem [o uso], usam por falta de opção. A mais consumida é a maconha. Passou dos 15 anos, cheirar cola é tido como uma coisa de criança por eles."

A "alta" do serviço ocorre quando cessam-se os problemas com a justiça ou quando o delito cometido foi ocasional e não é conveniente que seja atendido junto com outros. Também recebem alta quando completam 18 anos, mesmo que o problema não esteja resolvido. Em geral a descontinuidade do tratamento é por abandono.

O diagnóstico de problemas psiquiátricos como quadros psicóticos é raro. Não há fila de espera para iniciar o atendimento.

Objetivos e técnicas

O objetivo geral do trabalho é tentar tornar "a pessoa consciente do que está fazendo, do que está lhe acontecendo. O ideal é que ele pare de furtar, de cometer outras infrações, que pare de usar drogas, que se insira no mercado de trabalho, que vá bem na escola."

Cada caso é discutido em particular e a equipe decide quais técnicas serão utilizadas em seu atendimento, nas reuniões semanais.

As dificuldades técnicas são muitas. "É preciso adequar a téc-

nica a uma população a quem falta o básico, que muitas vezes vem drogada para o atendimento, com fome. Vêm sob coação; se não vierem são presos novamente. É difícil... Tem-se que fazer o vínculo, esperar que ele confie em quem o atende. Algumas informações, porém, têm que ser passadas para o juiz. Este tipo de situação é complicada."

As técnicas oferecidas e empregadas são: psicoterapia individual e grupal, terapia ocupacional (trabalhos manuais, esportes, recreação), terapia de família, grupo interfamiliar (de mães) e atividades educacionais (por exemplo, reforço escolar).

A formação dos técnicos é variável mas todos atendem os grupos.

O atendimento grupal é mais recente e verificou-se que esta abordagem facilita a comunicação. "Já na primeira vez colocam fatos que em um atendimento individual poderia demorar meses." Pode acontecer de juntarem inimigos em um mesmo grupo. "Houve um caso de um grupo onde dois participantes queriam se matar um ao outro. A coisa não foi para frente. Em geral preservam e respeitam o ambiente."

Na triagem não são empregadas técnicas específicas de acolhimento. É feita a "interpretação da sentença", explicando-lhes o motivo do atendimento no **Comec** e a natureza das sanções penais que lhes foram aplicadas "de forma a ajudá-lo a lidar com a ansiedade frente ao desconhecido. Muitas vezes a ida ao **Comec** é percebida pelos menores como uma punição."

O serviço social, com visitas domiciliares, é empregado em geral com finalidade de manter a frequência nos atendimentos. A assistente social participa também dos grupos.

Alimentação e subsídio ao transporte são fornecidos eventualmente, em situações específicas.

O grupo de mães é percebido como sendo particularmente bom e proveitoso. "As mães vêm e os filhos estão bem. Se têm família mais estruturada o prognóstico é melhor." A terapia ocupacional parece ser a técnica de maior aceitação pelos clientes, "talvez porque os assuntos que surgem não são tratados com a profundidade das técnicas psicoterápicas."

As técnicas básicas empregadas ainda não surtem os efeitos desejados. "Quando sentem que estão tendo algum tipo de ajuda, param de vir. É preciso ajudar de forma que eles não percebam que estão se vinculando."

Algumas regras básicas são utilizadas: não entrar com armas, com drogas, com produtos de furtos e não ter comportamento violento dentro do Comec. Se acontecem estas situações, "é preciso lidar com elas. Chamar a polícia seria atitude contraditória com os objetivos, eles [os clientes] não apareceriam mais." No dia da infração às regras o cliente perde o direito ao atendimento daquele dia e volta no atendimento seguinte. "Eles são a 'sobra da sobra', aqueles que ninguém quiz. Todo mundo expulsou: a escola, às vezes a família, outras instituições."

4.2.7 . Serviço de Psicologia da Casa de Detenção de Campinas ¹

A Casa de Detenção de Campinas é um estabelecimento penitenciário estadual vinculado, portanto, à Secretaria da Justiça. Foi inaugurada em 1990. É considerada como de segurança máxima e como um serviço modelo em sua área de atuação.

¹Entrevistado: Psicólogo Thomaz C.G.Reis.

Tem capacidade para 500 detentos, mas abriga atualmente 692 (em agosto de 1991)¹. A maioria deles é procedente de Campinas e região; a Grande São Paulo fica em segundo lugar quanto ao local de procedência.

A equipe de profissionais de saúde vinculados à Casa de Detenção (CD) é formada por três psicólogos, um clínico geral (médico), dois dentistas e um farmacêutico.

O trabalho com alcoolismo e toxicomania se iniciou a partir do interesse pessoal de um dos componentes da equipe, que já trabalhava com o assunto. Apesar de serem funcionários do Estado, o trabalho com dependentes, especificamente, é voluntário. "A instituição deu este espaço. No entanto, a política das instituições penitenciárias e policiais não tem esta diretriz, pelo contrário. O trabalho com drogadictos é negligenciado quase propositalmente." Verificou-se, não na CD mas em outros estabelecimentos, principalmente policiais, que a opinião de alguns funcionários é de que o que evita uma rebelião mais efetiva dos detentos é a maconha que não é, assim, reprimida em algumas instituições. "É uma explicação simplista de um fenômeno mais complexo: o que talvez evite uma rebelião é a permissividade [da qual esta postura é um sintoma]. Os próprios presos dizem 'sem a maconha a cadeia não segura' . Quando comecei o grupo, o primeiro obstáculo que tive que transpor foi esse, passar a idéia de que as pessoas não precisam de droga para conseguirem ficar dentro do cárcere. O que os manteria sem rebeliões é o asseguramento de seus direitos de cidadãos (...), oferecer alternativas mais concretas."

¹ As celas foram reformadas, recebendo novos beliches (três por cela). Isto ampliou a capacidade inicial de 500 para 700, segundo o entrevistado.

O início do trabalho com dependentes começou em setembro de 1990. Não havia serviço anterior nesta área.

Objetivos e técnicas

O trabalho é definido como um trabalho grupal visando apoio psicoterápico, sendo aos poucos introduzido o programa dos 12 Passos. À época da entrevista (fevereiro de 1991), o trabalho restringia-se ao 1º passo (Anexo 2), "conscientizá-los de que a droga estava exercendo o controle sobre suas vontades".

Foi feita uma triagem entre todos os detentos que teriam tido problemas com o uso, sendo identificadas 96 pessoas. Algumas foram excluídas por não acharem que tinham problemas nesta área de dependências. A participação nos grupos é voluntária. Entretanto, alguns detentos dependem do parecer do psicólogo que coordena o grupo para receber determinados benefícios legais. Isto poderia se tornar um problema na voluntariedade real de seu comparecimento. O projeto é que o grupo seja futuramente coordenado por um membro do NA ou AA, entre outros motivos para que este problema não exista mais.

São cinco grupos, dois para alcoolistas e três para toxicômanos, cada um com frequência semanal de sessões. No total, há 30 pessoas sendo atendidas. A separação dos alcoolistas dos outros toxicômanos não se fez por motivos teóricos. "Todos são dependentes químicos, mas os próprios pacientes se separam.

As substâncias mais referidas como tendo sido utilizadas são a maconha e a cocaína. Cerca da metade dos casos tiveram um envolvimento "grave" com as substâncias.

As regras básicas de atendimento nos grupos são as de um comportamento social aceitável. As demais regras - restrições a comportamentos violentos, ao uso de substâncias na instituição e as restrições ao direito de ir e vir - são regulamentadas por lei, assim como as punições por sua não observação.

Não há, nem se prevê, um acompanhamento pós-"alta" (no caso, após o cumprimento da pena), por motivos próprios da natureza do serviço. "O maior problema da instituição penal é a falta de continuidade do processo de reabilitação do detento."

O objetivo geral do atendimento é a abstinência. "Além deste objetivo, já que a abstinência simplesmente... [eles já têm na instituição fechada], é também o de criar recursos no indivíduo para que ele possa manter a abstinência. Não acredito em cura para a toxicomania, acredito em recuperação. O objetivo é que se admita a toxicomania para que se procure ajuda. Encaminho, oriento para que participem do NA depois que saem e deixo claro que o atendimento não está fazendo que o sujeito fique independente da droga."

Outros dados

O atendimento nos grupos de alcoolismo e toxicomania insere-se em uma estrutura de serviços mais complexa. Além de clínica médica, psicológica, odontológica, são também disponíveis o serviço social, assistência jurídica, laborterapia, recreação e educação escolar. No caso dos dependentes, também é feita orientação familiar eventualmente.

O fato de os indivíduos estarem em um regime de restrição de liberdade traz consequências no processo de busca de abstinência. Por

um lado há forte fiscalização para evitar entrada de spa na CD, o que os mantém abstinentes. Por outro lado, quando saem, a reinserção social é prejudicada pelo preconceito existente para com os ex-detentos, havendo grande chance de se manterem em grupos marginalizados socialmente onde o uso e abuso de spa é frequente.

Referindo-se à **Fazenda do Senhor Jesus**, onde trabalhou, o entrevistado diz: "o que funciona lá é que as portas ficam abertas. O sujeito se confronta consigo mesmo sobre se quer ou não mudar", o que não pode se repetir na CD.

Mais recentemente, este profissional vem utilizando as "essências florais do Dr. Bach para o tratamento e modificação de personalidade com bastante êxito, isto é, bons resultados, principalmente com portadores de HIV ex-usuários de drogas injetáveis".

4.2.8 Centro de Recuperação PELOTÃO DE CRISTO¹

O Centro de Recuperação Pelotão de Cristo da Última Hora foi um serviço de atendimento a alcoolistas e toxicômanos (além de outras situações, conforme se verá) que esteve em funcionamento entre 1988 e 1991 (março), em Sumaré (SP), cidade vizinha a Campinas. Foi fechado por decisão judicial desencadeada por um processo movido por uma família cuja filha alegou ter sido mal alimentada nos dois dias em que esteve internada (sic). Nos três anos de funcionamento foram atendidas cerca de mil pessoas, em regime de internação. Chegou-se a ter 80 pessoas internadas simultaneamente nas duas chácaras (uma feminina e outra masculina). Não foram feitas estatísticas, estes números fornecidos são aproximados.

¹ Entrevistado: sr. Abrão Osório, pastor evangélico e ex-diretor da instituição.

O serviço era mantido através de donativos e de uma taxa mensal de Cr\$ 5.000 (valores de março de 1991) por interno. "Apenas cerca de 30% deles contribuíam com esta taxa, pois a maioria não podia pagar e havia falta de interesse da própria família em cooperar."

A equipe que prestava o atendimento era composta por um pastor da igreja Assembléia de Deus e mais dezoito voluntários ("obreiros") sem formação técnica na área de saúde. Faziam estágio de três meses para "aprenderem a lidar com facilidade com os recuperandos".

O programa proposto previa uma estadia de 9 meses. Os primeiros três meses para "desintoxicação" e adaptação ao local. "Passado este tempo, a probabilidade é de cerca de 80% de se reabilitar, havendo um trabalho de estudo [bíblico]. O difícil era manter o indivíduo estes três meses." O segundo estágio era o de "libertação" e o terceiro, o da "reintegração social". As atividades nestes estágios eram: "palestras, estudos bíblicos, TO, visitas a igrejas evangélicas, visitas a presídios e hospitais e trabalho em equipe com alunos recuperados dando seus depoimentos".

Objetivos e técnicas

Das 6h30 às 7h, a primeira atividade era "ir para a capela e orar: a Oração Matutina". Seguiam-se o café da manhã, o estudo bíblico (em conjunto), o "a sós com Deus" (estudo individual da Bíblia), almoço e descanso. Às 13h "começava a terapia ocupacional: limpeza dos dormitórios, lavagem das roupas, aparar grama, limpeza geral da chácara, e revezamento semanal na cozinha. No setor feminino havia como terapia uma fábrica de bala gelada, onde os internos se revezavam. No

setor feminino havia crochê e artesanato (flores)".

"Ficam o dia todo ocupados. Você não pode deixá-los vazios, para não matutarem coisas más, recapitulando o passado."

À noite há o "culto público" com o pastor, até às 21h. Toda noite ficava um "obreiro" de plantão, "caso necessitassem de conselhos ou um bate-papo. Também para o caso de um interno perder o sono ou estivesse empestado de alucinações".

"Quando as pessoas passavam do portão para dentro nós cortávamos tudo" (café, cigarro, remédios de qualquer tipo, psicotrópicos ou não, "não pode usar nada que possa causar vício").

Conta um exemplo de um indivíduo que lhes procurou. Tomava cinco tipos de remédio (psicotrópicos) receitados pelo HC-Unicamp, e todos foram retirados. "Não somos contra a Medicina, até respeitamos demais. Temos ótimos exemplos bíblicos de médicos: Mateus, Lucas. Nós cremos em Deus: ou Deus cura ou não cura, ou você prega uma fé e ela realmente existe ou você não prega nada." Este indivíduo citado no exemplo estaria hoje bem, sem remédios. Neste mesmo sentido, comenta a "negativação" da seropositividade para o HIV de um rapaz que os procurou. "Em dois meses engordou trinta quilos e estava completamente curado."

Além de usuários de álcool e drogas, o centro recebia pessoas que haviam cometido outros "crimes": roubo, prostituição, homossexualismo. "Alguns cometem todos estes crimes juntos. O melhor seria tratar separadamente [cada 'crime']".

As regras existentes (abstinência e cumprimento de todos os deveres diários) caso não cumpridas, levavam à aplicação de punições:

isolamento por dois ou três dias (não convivendo com os outros internos) ou uma tarefa extra a ser cumprida, por exemplo. "Não havia castigo físico ou expulsão, para que a pessoa não se sentisse rejeitada.

Uma entrevista inicial de cerca de uma hora de duração era feita, com um questionário fechado abordando vários aspectos da vida pregressa da pessoa. "Ao terminarmos uma entrevista, poderíamos dizer para a família (ou não): 'olha, este não tem jeito'."

Caso a expectativa da família fosse de a pessoa ficar internada e ela não quizesse ficar, a abordagem era variável: "se a pessoa não quizesse ficar, a gente entrava com a idéia, com o papo, com o diálogo, tentando mostrar a ele o outro lado do problema (todas as pessoas têm um lado bom e outro mau) e se preciso a gente entra com a agressividade também. Se ele não quizesse ir, ia de qualquer jeito. Se não vai, a gente apela." Relata um caso, excepcional, em que o indivíduo só ficou no serviço com uma camisa de força.

A idade das pessoas atendidas era variável, desde pessoas de sete e oito até sexagenários. Entre os usuários de spa, as mais frequentes eram o álcool, maconha e cocaína.

O recurso a um encaminhamento para uma consulta psiquiátrica só era utilizado raramente. "Dos casos [psiquiátricos] que tivemos na chácara, chegamos a segurar alguns até dois anos sem remédio. Às vezes ficavam agressivos."

O serviço funcionava com o princípio de que só a internação poderia resolver. "A única solução é uma internação."

Segundo se informou, os princípios religiosos não eram muito enfatizados, mas sim o contato da pessoa com a Bíblia, "pois através

da Bíblia o aluno recuperando aprendia o que realmente significa a palavra 'amor' e aprendia a amar o próximo e a si mesmo, e o mais importante, valorizar seu próprio corpo e ter um objetivo de vida para ser feliz."

Não foram utilizados princípios do AA/NA.

Chegou-se a ter fila de espera para internação, havendo pessoas de outros Estados que vinham procurar o serviço.

Sobre como entendia o problema da dependência de spa: "nós temos aproximadamente dez tipos de crimes, entre eles o uso [das spa]. Por exemplo, o caso da prostituição. Nasceu, desde o ventre da mãe, com aquele ritmo puxado para aquilo ali. Já nasceu com o instinto de prostituição."

4.2.9 Centro de Reeducação do Menor Dom Bosco (CEREM DOM BOSCO)¹

O Centro de Reeducação do Menor dom Bosco é uma entidade filantrópica, sem fins lucrativos, funcionando em uma chácara a aproximadamente 12 quilômetros de Jaguariúna (cidade a 18km de Campinas). Atualmente pleiteia o **status** de serviço de utilidade pública estadual. Surgiu em fevereiro de 1987, vinculado à entidade filantrópica Sociedade de Apoio ao Menor de Campinas. Inicialmente, o serviço baseou-se no trabalho realizado na **Fazenda do Senhor Jesus**.

Atende-se a adolescentes, em geral menores de idade, do sexo masculino, que sejam dependentes ou usuários de spa e que queiram "reeducar-se".

A **equipe técnica** é formada por duas pessoas fixas: uma psicóloga e um pedagogo (também com formação em Filosofia e ex-padre sa-

¹ Entrevistado: Pedagogo Ademar Costa.

lesiano), que também foram os fundadores do serviço. São ambos funcionários públicos em licença remunerada (da Prefeitura de Campinas e do Estado). Também trabalha um médico com funções de clínico geral, presente a cada quinze dias para as avaliações necessárias. Quatro monitores voluntários, dois deles graduados e dois em vias de se graduarem pelo programa, ajudam no andamento das tarefas.

A chácara tem 26.000m², possuindo duas casas, com instalações para trinta internos. Esta é a capacidade do **Cerem**. Hortas, um pomar e uma quadra de esportes compõem o restante das instalações físicas do **Cerem Dom Bosco**.

A maioria dos internos procede da região da Grande São Paulo. Em agosto de 1991, 20% (seis) deles eram de Campinas, todos ex-meninos "de rua", sem família.

Desde a fundação do serviço, completaram o programa cerca de 80 pessoas. Não se tem o número exato, mas estima-se que algumas centenas começaram ou foram triados e não terminaram o programa. Destes, menos de 10% procediam de Campinas e região. Existem aproximadamente 150 meninos esperando vagas no **Cerem**.

A previsão de duração do programa é de 12 meses. Desde que se instalou em Jaguariúna, o **Cerem** passa por alguns problemas com a administração municipal, por causa da presença de meninos com seropositividade para o HIV. O **Cerem** foi pressionado para que estes meninos não frequentassem a escola do bairro e as barbearias da cidade (foram transferidos para uma escola da Holambra, distrito de Jaguariúna, e agora um cabeleireiro vai até o **Cerem** para o corte de cabelos dos meninos).

O Cerem não tem qualquer convênio com entidades públicas ou privadas. A chácara é de propriedade do serviço, adquirida quando a entidade mantenedora era ainda a Sociedade de Apoio ao Menor de Campinas. As despesas com energia elétrica, alimentação, transporte e manutenção da chácara são pagas com contribuições de Cr\$50 mil mensais, em agosto de 1991, a que todas as famílias são chamadas a manter. Caso não possam pagar, o atendimento continua normalmente, esperando as contribuições possíveis da família. A gratuidade total é aplicada aos meninos "de rua", geralmente provenientes de Campinas.

Técnicas e objetivos

O objetivo do programa é definido como sendo a "reeducação do dependente, sua desintoxicação e sua reinserção sócio-familiar". O aspecto pedagógico deste objetivo "utiliza o sistema preventivo de Dom Bosco: razão, religião, carinho". Pretende-se, para isso, "a criação de um ambiente familiar onde a pessoa se desenvolva, fazendo com que projetem aqui a família que não têm".

O serviço é classificado pelos seus coordenadores como uma comunidade terapêutica. Ao longo de um ano, tempo programado para a "graduação", o interno realiza um cronograma diário de atividades, todas obrigatórias. Nos primeiros seis meses, permanecem o tempo todo na chácara. No segundo semestre passam três ou quatro dias em casa, a cada mês, com o objetivo de reiniciar a integração com a família.

As atividades do programa são as seguintes:

Louvor (oração). Duas vezes por dia, durante meia hora, os internos fazem orações. Estudos sobre trechos da Bíblia e cânticos reli-

giosos também são feitos.

Terapia de grupo. À tarde, das 14 às 16h se faz um trabalho grupal baseado nos 12 Passos dos NA/AA. Cada grupo compreende três dos 12 Passos, sendo quatro grupos no total. Na medida em que os internos são graduados e novos internos cheguem, são criados outros grupos dos três primeiros passos.

Inventário moral. O 4º passo dos NA/AA refere-se a um inventário moral a ser feito pelo dependente e comunicado a um "padrinho". No **Cerem Dom Bosco** o inventário é comunicado ao grupo e à psicóloga, que também atende individualmente a todos os internos com o propósito de analisar o inventário. Este procedimento dá margem a um contato "psicoterapêutico" de apoio com a profissional.

Laborterapia. Os internos rodiziam-se nas seguintes tarefas: trabalho com a terra (cuidado com as plantações, colheita), trabalho na casa (manutenção, limpeza, culinária) e cuidados pessoais (lavar e passar a própria roupa, por exemplo).

Orientação familiar. É também obrigatória a presença dos pais a pelo menos uma reunião de um grupo interfamiliar semanal (são dois grupos), realizada em São Paulo. No segundo domingo de cada mês, os pais comparecem obrigatoriamente à chácara e passam lá o dia.

Nas reuniões semanais são abordados os problemas familiares, incluindo o uso que os pais façam de tranquilizantes, álcool, etc. Procura-se desestimular a noção de que o adolescente é o único problema da família.

Outros procedimentos. Recreação, teatro e artesanato são utilizados eventualmente. Técnicas de relaxamento físico são empregadas u-

ma vez por semana. A participação na administração do centro restringe-se a alguns pais que se interessem por esta atividade.

Procura-se evitar qualquer tipo de medicamento, sobretudo os psicotrópicos. Não é proibido o uso de tabaco. Como se excluem os casos psiquiátricos graves, na prática nunca são utilizados psicotrópicos. Os casos psiquiátricos, mesmo não diagnosticados e que não impeçam o adolescente de corresponder ao programa, não são excluídos.

Atualmente as substâncias de uso principal motivadoras da procura pelo Cerem são a cocaína e a maconha. Secundariamente, Artane^R, Akineton^R, anorexígenos, "xaropes" e LSD. Um caso recente de uso de heroína foi internado. Abuso e dependência exclusivamente de álcool correspondem a apenas dois casos até hoje. O padrão de uso apresentado pela clientela é o de dependência "no sentido exato da palavra: o indivíduo vive para isso, perde o trabalho por causa disso, a família toda se envolve".

O descumprimento das regras básicas implica no recebimento de uma advertência, o que ocorre principalmente quando o interno incorre em desobediência formal quanto às atividades obrigatórias e consideradas o eixo central do tratamento (laborterapia, "terapia de grupo" e oração). Relacionamento homossexual implica em exclusão imediata. Três advertências leva à exclusão do programa.

Outros dados

Ao se graduarem, os meninos são convidados a participar de grupos ambulatoriais em São Paulo.

O serviço estima que em 70 a 80% de abstinência a médio e longo

prazos entre aqueles que terminam o programa. Entre os que ingres-sam, cerca de 50% terminam.

Apesar de a maioria dos internos ser dependente, o Cerem atenderia a "qualquer adolescente que tenha usado spa e queira reedu-car-se", o que significa que atenderia usuários ocasionais.

A real voluntariedade para o tratamento é procurada através de entrevistas individuais com o adolescente durante a triagem. Apesar deste procedimento, muitas vezes as pressões familiares podem influir mesmo nesta avaliação individual. Se, uma vez internado, o adolescente manifestar o desejo de sair, a ele é pedido um prazo de 48 horas para que uma decisão precipitada não seja tomada. Caso a decisão se mante-nha, o atendimento é descontinuado. Este procedimento reduziu a ocor-rência de fugas da instituição, já que todos sabem que irão para casa se quiserem.

O programa se mantém inalterado desde que foi criado "já que os frutos foram bons. A única modificação foi o aumento dos atendimen-tos das famílias."

O interesse básico inicial eram os meninos de rua. "Passamos a ser procurados também por famílias de classe média e constatamos que os problemas de carência de afeto [dos dependentes] eram semelhantes aos dos meninos de rua."

4.2.10 GRUPO LUZ de Narcóticos Anônimos ¹

O Grupo Luz foi o segundo grupo brasileiro de NA, tendo sido aberto em 1982². Alguns membros frequentam o Grupo Luz desde sua

¹ Entrevistados alguns membros do Grupo Luz, entre os quais o presidente (coordenador de mesa do Escritório Regional (Brasil) de NA.

² O primeiro grupo foi o Alvorada, de São Paulo (SP) (1978) - Até 1990 o Grupo Luz usava o nome de Toxicomanos Anônimos. Nesta data foi feito um plebiscito nacional entre os grupos de NA e TA e optou-se pela denominação única de Narcóticos Anônimos (ver seção 3.2.4).

abertura.

Como todos os grupos de NA, o **Grupo Luz** é autosuficiente, não aceitando ajuda financeira de qualquer fonte, exceto de seus próprios membros. Alugam três salas do Centro de Cultura e Arte da PUCCAMP, pagando aluguel simbólico: o salário do guarda noturno e a manutenção geral das alas. Utilizam-nas durante três noites por semana e aos sábados à tarde. Em geral, os outros grupos brasileiros de NA alugam salas de igrejas.

Desde a abertura do grupo, cerca de duas mil pessoas já passaram por suas reuniões e entraram em contato com o programa dos 12 Passos. Destes, estimam em oitenta pessoas em recuperação e que mantêm contato com o **Grupo Luz**. Cerca de 20 a 30 pessoas têm frequentado com assiduidade o grupo.

Em estreito vínculo com o **Grupo Luz**, existe o Grupo Esperança de Nar-Anon, destinado aos familiares e amigos dos NA. As reuniões destes grupos ocorrem simultaneamente em salas contíguas.

"O Nar-Anon é um programa de recuperação ao familiar. Entendemos a adição como uma doença familiar. Toda a família fica com amiente 'adicta': mentira, intrigas, brigas, medo, agressão. Ela passa a ficar doente e se não coopera, é muito difícil a recuperação do adicto. Ele vai se afundando e a família vai junto. É uma doença de origem familiar: a família se complica e o mais sensível busca uma alternativa. Ele não tem paz na família, descobre as drogas e acha que vai ser legal. Se ele for adicto ele não pára mais (o que representa aproximadamente 10% dos que usam). Aí entra a projeção, a negação, a racionalização e não consegue mais parar."

O **Grupo Luz** parece adequar-se à descrição dos NA feita na seção 3.2.4. As reuniões abertas (uma vez por semana) são denominadas "de propósitos especiais", onde geralmente são convidados profissionais ou instituições da área médica, psicológica, social, etc.

Além das reuniões de NA e Nar-Anon e do programa de 12 Passos (que é desenvolvido individualmente), o **Grupo Luz** procura manter com outras instituições onde devam existir adictos. Assim, o **Grupo** manteve durante anos reuniões em um dos hospitais psiquiátricos da cidade, o maior deles e recentemente fechado (Casa de Saúde Bierrembach de Castro). Outros hospitais e presídios da região são abordados também, assim como outras instituições específicas para adictos, como a **Fazenda do Senhor Jesus**. Estas atividades estão em consonância com o 12º Passo (ver Anexo 3) e a 5ª tradição do NA: "cada grupo tem apenas um propósito primordial: levar a mensagem [do NA] ao adicto que ainda sofre.

Dentro desta 5ª tradição, diz-se que o NA não tem como objetivo levar o sujeito à abstinência, mas sim fazê-lo entrar em contato com o programa dos 12 Passos, que terá que empreender individualmente. "Os passos são conhecidos, nós falamos deles [nas reuniões], porém a prática é individual, cada um pratica segundo suas necessidades de crescimento."

Sobre os propósitos das reuniões de grupo: "nas reuniões de NA a gente não deveria partilhar experiências pessoais fortes: sexo, agressão, prisão, problema familiar. Isto é para partilhar com o padrinho. Há grupos de NA ou membros de grupos que não praticam os 12 Passos, na verdade. Ficam só no emocional".

Os NA não excluem qualquer tipo de adição, incluindo os adictos exclusivamente ao álcool. Sobre a definição de adição (termo que é utilizado atualmente) e sobre quem deveria seguir os 12 Passos: "não se pode dizer quem é o dependente. Sentindo o programa ele vai saber se ele é. Quem só **usa**, está progredindo na vida, na família, no amor, na profissão; ele tem alegria. O adicto não: perde e abandona tudo. Ele nega, nega, nega, até não dar mais".

Dos que procuram o grupo e dizem querer afiliar-se à irmandade, "já estão neste instante fazendo parte". Adolescentes e pessoas com problemas psiquiátricos não são excluídos. "O difícil é que o menino se identifique com um grupo de adultos."

A participação nos grupos é sempre voluntária, identificando-se no entanto pressões familiares para que a pessoa compareça.

Dentre as spa empregadas pelos que procuram o **Grupo Luz** sobressai-se hoje a cocaína.

Nas reuniões não há "regras" a serem seguidas, mas "sugestões visando a autodisciplina". Caso ocorra a presença de armas, drogas ou haja comportamento violento, a pessoa estará ofendendo a 1ª tradição: "nosso bem-estar comum deve estar em primeiro lugar. A reabilitação individual depende da unidade do grupo. Então, pedimos que ele se retire e que não repita este comportamento da próxima vez".

O programa não é avaliado, "já que é um processo individual", e no mundo todo se utilizam as mesmas tradições e os mesmos 12 Passos. "Tudo o que você puder imaginar que signifique recuperação, hoje, está contido nos 12 Passos, de forma distorcida ou não."

Um dos "grandes momentos" das reuniões de NA, segundo seus

membros, é a vinda de alguém pela primeira vez. A pessoa é recebida de forma calorosa para que "se identifique e se sinta bem, porque ele já passou por tudo quando chega a uma sala de NA".

Os problemas enfrentados pelo grupo são resumidos em três í-
tens: os **12 Passos**, que poucos praticam de fato; o **dinheiro**, pois falta colaboração dos membros e a **comunicação** entre os membros e com ou-
tras instituições, ainda pouco eficaz.

4.2.11 Projeto CASA ABERTA¹

O Projeto **Casa Aberta** é um dos projetos da Secretaria do Me-
nor visando atender menores de nível sócio-econômico baixo e desassis-
tidos pela escola, família, etc. No Estado de São Paulo, principalmente
na capital, são vários os projetos. Em Campinas são três:

SIT (Serviço de Iniciação ao Trabalho). Os menores são encami-
nhados para a CPFL (Companhia Paulista de Força e Luz) onde são ini-
ciados em alguma função profissional.

Clube da Turma. Um espaço para crianças e adolescentes mora-
dores do bairro Vila Rica e imediações, onde são desenvolvidas ativi-
dades de recreação no período em que não estão na escola.

Casa Aberta. Projeto de educação em meio aberto voltado para
os meninos e meninas "que fazem da rua seu meio de sobrevivência".

A **Casa Aberta** iniciou-se em Campinas em agosto de 1987. Não
existem dados acerca do número de crianças e adolescentes abordados
até hoje. A população é flutuante: suas características variam ampla-
mente, tanto com relação à faixa etária, como ao tempo de permanência

¹ Entrevistada: Educadora Adalcira Santos Bezerra, coordenadora da **Casa Aberta** em Campi-
nas.

"na rua", os locais de encontro, etc. Estima-se, muito superficialmente, em algumas dezenas de menores o número de abordados atualmente. A região central da cidade e alguns locais sub-centrais são eleitos como locais preferenciais de abordagem pois ali a concentração é maior.

O projeto é eminentemente educativo. Procura-se conhecer a história pessoal de cada um dos meninos, entendê-la e "trabalhar com a população na medida em que nos apresentem conteúdos que desejem ser trabalhados. São planejados "blocos de atividades estratégicas": atividades lúdicas, culturais, esportivas. O referencial dos meninos procura ser respeitado, seus "questionamentos" são atendidos pedagogicamente utilizando-se estas atividades. Comparecem também à casa onde é sediado o Projeto, onde há um cronograma de atividades: artesanato, discussão em grupo sobre diversos temas, apresentação de vídeos.

A equipe compõe-se de seis educadores, com formações universitárias diferentes¹, sendo um deles a coordenadora. As formações específicas são secundárias com relação à atividade pedagógica que realizam. "Há uma clareza grande de que esta situação instalada é um fenômeno social", sendo assim não se procura abordar problemas em um nível psicológico, apesar de haver um psicólogo na equipe. Caso ocorra a demanda de um menino neste sentido, e se perceba haver disponibilidade interna dele para um trabalho psicoterapêutico, ele é encaminhado para os recursos da comunidade.

Desta forma, **drogas** são um tema a ser potencialmente abordado, assim como sexualidade, higiene, direitos sociais, etc.

Apesar de o uso de algumas substâncias ser feita às vezes qua-

¹ Em biologia, educação física, terapia ocupacional, serviço social, psicologia e jornalismo.

se diariamente, em geral na faixa etária dos 12 aos 18 anos, este uso revela-se secundário quando outras alternativas ficam disponíveis. Outras vezes o uso pode ficar frequente. "Não temos a leitura de que o cotidiano deles seja só isso. Uma faixa etária tem uma relação mais estruturada com a droga, mas é uma faixa pequena daqueles que nos são conhecidos. Hoje, a maioria dos menores a que temos acesso e conseguimos realizar algum trabalho não faz uso de drogas, pelo menos não de drogas pesadas. A cola é uma droga mais frequente,"

Entre os objetivos do projeto está discutir a cidadania e o de tentar reintegrar o menino a sua família. Integração no sentido "afetivo", o de envolver a família no processo, já que a maioria tem vínculos familiares, apesar de frágeis. Raros são os que não têm família. Para isto talvez contribua o fato de que Campinas não é uma cidade tão grande, segundo a entrevistada. A maior parte dos meninos dorme em seu domicílio.

Nestes quatro anos de **Casa Aberta**, a proposta de educação em meio aberto revela-se viável, na avaliação de sua coordenação. Existe uma demanda que não se consegue atender, o que decorre tanto do problema do número de educadores quanto, e principalmente, da própria origem do problema dos meninos "de rua", de natureza sócio-econômica.

V COMENTÁRIOS E CONCLUSÃO

5.1 COMENTÁRIOS

5.1.1 Sobre a metodologia empregada

Alguns comentários sobre a metodologia empregada fazem-se necessários:

a) A restrição do objeto de estudo ao tratamento dos quadros de toxicomania, entendidos como a dependência de substâncias psicoativas de uso e comércio ilícitos, deveu-se à especificidade destes quadros, tanto do ponto de vista psicopatológico quanto do sócio-cultural.

Talvez o mais adequado fosse restringir ainda mais o objeto estudado. Como foi evidenciado no capítulo anterior, existem quadros de uso, abuso e dependência de spa que parecem associar-se de maneira clara a determinadas condições sócio-econômicas, como é o caso do abuso de solventes por menores de rua e pelos sentenciados em liberdade assistida. Existem evidências, relatadas pelos profissionais que lidam com esta população, de que este uso é **contingencial** e mais facilmente abandonado caso estes indivíduos tenham outras alternativas. Num polo

aparentemente oposto situam-se aquelas pessoas que fazem uso compulsivo de cocaína, por exemplo, sejam de classe média e voltem a usar depois de meses internados em uma instituição fechada.

Portanto existem evidências (entre as quais foram citadas apenas estas duas, por serem flagrantes) de que a população de usuários é extremamente heterogênea. Os dados de literatura médica apontam neste sentido.

Faltam, entretanto, estudos que estabeleçam de forma clara a heterogeneidade necessária às pesquisas clínicas e epidemiológicas nesta área. Esta situação foi comentada em 2.3.1. A opção, aqui, de abordar os "toxicômanos", em geral, deve-se em parte a este fato, mas também à inespecificidade dos atendimentos que as instituições alvos do estudo imprimem a sua prática, algumas delas atendendo não só toxicômanos e alcoolistas, mas também a ampla variedade de situações sociais (por exemplo, o Pelotão de Cristo, a Casa de Detenção e a Casa Aberta).

Um estudo que abordasse também os alcoolistas, um dos principais problemas de saúde pública do país, iria provavelmente revelar-se por demais abrangente, dificultando ainda mais as conclusões.

b) A opção por entrevistar **profissionais** deveu-se à suposição de que estas pessoas, melhor do que os clientes dos serviços, estariam aptas a fornecer um panorama do trabalho desenvolvido pela instituição. Estes profissionais forneceram a **sua versão** deste trabalho, versão que está sujeita a distorções ou omissões - involuntárias ou não - sobre algumas das características pesquisadas.

Todos os profissionais entrevistados, além de atuarem diretamente junto ao toxicômano, exercem funções de "coordenação" formal ou

informal dos serviços. Esta função em geral se deveu ao cargo ocupado, mas algumas vezes apenas ao tempo de trabalho na instituição, suficientemente longo para que, aparentemente, "incorporasse" os fundamentos do trabalho¹.

Algumas poucas informações por eles fornecidas foram passadas sem que se permitisse que o entrevistador lhes atribuísssem as fontes, em geral aquelas que revelavam críticas a outros serviços ou profissionais.

c) As instituições estudadas provavelmente refletem a quase totalidade das instituições da região que preenchem os critérios de inclusão no estudo (seção 4.1.1). Um serviço que sabidamente não foi incluído é o grupo de NA de Sumaré (SP), que funciona provavelmente com as mesmas características do **Grupo Luz** de Campinas. Serviços para atendimento de indivíduos seropositivos para o HIV não foram incluídos por não visarem especificamente o comportamento toxicomaniaco, mas o tratamento de uma condição clínica específica.

Outras iniciativas porventura existentes não parecem ser tidas como de referência do sistema de saúde, uma vez não terem sido apontadas pelas fontes que indicaram as instituições.

5.1.2 Sobre as características gerais dos serviços

Os serviços de Campinas e região que atendem a toxicômanos parecem constituir-se em iniciativas não integradas. Observou-se com frequência um **desconhecimento** sobre as práticas dos outros serviços e **críticas** aos pressupostos por eles utilizados.

¹ Não exerciam cargo formal de direção os entrevistados do **CAO** (psicóloga há 8,5 anos na instituição), **Comec** (psicóloga há 5 anos na instituição) e **Cristo te Ama** ("monitor" há 6 anos).

Algumas instituições se inspiraram em outras quando de seu surgimento; por exemplo, o **Cerem Dom Bosco** baseando-se na **Fazenda do Senhor Jesus**. Atualmente, entretanto, pode-se dizer que cada serviço possui peculiaridades que o diferencia substancialmente dos demais, embora às vezes utilizem procedimentos comuns.

Os princípios do Programa dos 12 Passos, por exemplo, são utilizados por cinco das dez instituições¹, cada uma delas de uma forma diferente das demais. Estes princípios são totalmente rechaçados por uma instituição, que os vê não só como ineficazes mas também como prejudiciais ao processo de recuperação (seção 4.2.2)². A **Fazenda do Senhor Jesus**, apesar de usá-los também, vê sérias limitações neste procedimento (4.2.3).

Apesar destas divergências, que não são omitidas, é possível que se faça uma leitura que aproxime estas instituições. O Programa dos 12 Passos tem como um dos procedimentos sugeridos a "reparação direta" dos prejuízos causados a outras pessoas (9º passo), o que significa lidar com culpa. O **Cristo te Ama** tem como um dos objetivos fazer o indivíduo aceitar "o sacrifício de Jesus como pagamento de sua dívida para com Deus" (seção 4.2.2, p.148), vinculando diretamente esta aceitação com a interrupção do uso de spa. Parecem ser ambas as concepções semelhantes em propor "alternativas" a um suposto sentimento de culpa das pessoas, que estivesse originando o comportamento toxicomaníaco.

Apesar destas semelhanças "clínicas" que podem ser inferidas, os pontos comuns às dez instituições são sobretudo de natureza organizacional.

¹ NA, **Fazenda do Senhor Jesus**, **Cerem Dom Bosco**, **Casa de Detenção**, sendo aceitos também pelo CAO.

² **Cristo te Ama**.

A maioria não dispõe de dados estatísticos seguros sobre o número de ingressos, tempo de permanência, frequência de abandonos e de sucessos "terapêuticos". As alegadas "taxas de recuperação" em torno de 70 a 80% dos casos que cumprem o programa não devem significar muito além de uma constatação sobre quantos terminam o programa aparentemente bem. Seguimentos pós-"alta" não são feitos pela maioria dos serviços, de forma ser impossível saber o que acontece com o paciente mesmo na semana seguinte à da "alta". A metodologia empregada nestas estimativas de resolutividade revela-se, na verdade, inexistente. O que de mais grave decorre disto é a "venda" de um serviço cuja resolutividade é de fato desconhecida; todos os custos de um atendimento (seção 3.1.2, p.77) não são, assim, levados em consideração.

Esta situação tem como consequência o fato de que a maioria dos programas mantêm-se ou mantiveram-se durante anos totalmente imutáveis. O CAO (seção 4.2.5) parece ser uma exceção, quando revela preocupação em adequar a clientela ao programa oferecido e vice-versa, tendendo agora em estabelecer-se como um serviço de atendimento ambulatorial e não apenas como centro de triagem para a **Fazenda do Senhor Jesus**.

Observe-se que a maioria destes serviços recebem (direta ou indiretamente) recursos públicos ou são considerados como de utilidade pública, sendo assim potenciais agraciados com verbas. Este fato deveria motivar ainda mais estudos de avaliação das práticas.

A maioria dos serviços é de abertura recente. Apesar de nesta última década o consumo de spa ter aumentado de fato, conforme se verifica a partir de alguns estudos brasileiros, a lógica que parece per-

meio o surgimento destas instituições parece ser "mercadológica". Não "mercadológica" no sentido de visarem lucro financeiro, mas por atender a uma demanda que decorre principalmente de fatores não "clínicos": pressões familiares, reações de famílias de classe média que solicitam internação por motivos não reconhecidos pelas ciências da saúde como justificáveis, a ausência de critérios diagnósticos precisos, etc. A literatura pesquisada sugere que o grande número de alternativas de atendimento surgidas nos últimos anos deva-se ao fato de as toxicomanias se tornarem frequentes na classe média.

Não é possível saber, portanto, qual é a demanda real (clínica) a que estas instituições respondem, em que medida os casos de gravidade psicopatológica são de fato atendidos.

Os indícios existentes apontam para diluição destes casos mais graves no conjunto mais inespecífico de casos sociais atendidos. Alguns serviços, de fato, não são dirigidos a toxicômanos¹, mas outros são² e atendem a uma diversidade grande de situações.

5.1.3 Sobre os atendimentos

a) Diversidade de técnicas entre as instituições pesquisadas ocorre mesmo entre aquelas que se utilizam de pressupostos semelhantes, como as instituições religiosas. Algumas baseiam-se em conceito de "espiritualidade" (**Fazenda do Senhor Jesus e Cerem Dom Bosco**), conceito este abstrato o suficiente para aproximá-lo, aparentemente, de um movimento de *insight*. Outras utilizam pressupostos religiosos para justificar práticas como o atendimento de casos psiquiátricos fora de um esquema médico (**Pelotão de Cristo**) ou para basearem integralmente a compre-

¹ Comec, Casa Aberta e Casa de Detenção.

² Amorexigente e Pelotão de Cristo.

ensão do processo de "cura" no "contato com Deus" (**Pelotão de Cristo e Cristo te Ama**). Especificamente o **Pelotão de Cristo** revela uma prática em tudo baseada em pressupostos bíblicos, atribuindo até mesmo a "cura" condições médicas, tidas como incuráveis, à interferência divina. Este serviço atendeu sujeitos que não queriam atendimento (mantendo-os à força), manteve pacientes psiquiátricos fora de um esquema médico-psicológico durante anos, e lidou igualmente com situações bastante diversas como homossexualismo, prostituição, toxicomania e outros "crimes" (ver seção 4.2.8, p.180).

b) Alguns profissionais manifestaram opiniões francamente contrárias à Psiquiatria e à Psicologia. Um deles diz não considerar como válido este tipo de abordagem (profissional) uma vez que "muitos têm esta profissão com o objetivo de tratarem a si mesmos"¹. A coordenadoria do **Amorexigente** aponta para a falta de experiência dos profissionais desta área, sendo seu programa baseado em voluntários leigos.

Em alguns serviços, o fato de se ter psicólogos não significa que atuem estritamente como tais. No **Cerem Dom Bosco**, a psicóloga atua baseando-se no programa dos 12 Passos, como "madrinha" dos internos. Na **Casa Aberta** a função é de educadora, não havendo abordagem psicoterapêutica. Na **Casa de Detenção**, o psicólogo medica com "florais" como forma de "mudar a personalidade".

Algumas denominações dadas a algumas atividades não correspondem ao que normalmente se entende por elas: terapia de grupo (**Cerem Dom Bosco**, designando grupo de 12 Passos); terapia ocupacional (**Pelotão de Cristo**, designando trabalhos manuais).

¹ Informação fornecida sem permissão de mencionar a fonte.

Apenas dois serviços possuem psicólogos que atuam em funções reconhecidamente ligadas a sua profissão: **CAO** e **Comec**.

c) Algumas das instituições se auto-denominam de "comunidade-terapêutica" (**Fazenda do Senhor Jesus** e **Cerem Dom Bosco**) e, de fato, assemelham-se às aquelas norte-americanas (3.3.4). O espaço físico destes serviços procura fornecer os elementos essenciais à sobrevivência dos internos; há divisão de tarefas, os relacionamentos pessoais se dão "horizontalmente", técnicas de confrontação e de exposição de sentimentos são utilizadas. Estas comunidades não são dirigidas por e ex-toxicômanos, muito embora os "monitores" e "conselheiros" sejam graduados pelo programa. O **Cerem Dom Bosco** utiliza rígidas regras de convivência, o que já não parece ocorrer com a **Fazenda do Senhor Jesus**, atualmente.

Por suas características de proporem longo tempo de internação e divisão de tarefas, o **Cristo te Ama** e o **Pelotão de Cristo** também poderiam ser considerados comunidades-terapêuticas. Ambas enfatizam aspectos religiosos, mais do que as duas primeiras, e parecem estabelecer rígido controle sobre o comportamento do interno (principalmente o **Cristo te Ama**) durante toda sua estadia.

d) Dos serviços ambulatoriais pesquisados¹ três deles destinam-se a casos não primariamente relacionados a dependência: **Comec**, **Casa Aberta** e **Amorexigente**.

Este último destina-se a pais de dependentes. Apenas o **NA** e o **CAO** se constituem em serviços extra-hospitalares para toxicômanos, mas o trabalho desenvolvido pelo **CAO** nesta linha é recente, destinando-se anteriormente apenas à triagem para a **Fazenda do Senhor Jesus**. Conclui-se que a ênfase das instituições específicas para atendimento de

¹ CAO, Comec, Casa Aberta, NA e Amorexigente.

toxicômanos em Campinas é em hospitalização integral, valorizando o afastamento do sujeito de seu meio, o que contraria o esperado para o Brasil, onde os quadros de dependência provavelmente seriam tratáveis, em sua maioria, ambulatorialmente ou em hospitalização parcial.

e) O longo tempo de tratamento proposto pelas quatro instituições de internação não é seguido por um acompanhamento pós-"alta" em duas delas (**Fazenda do Senhor Jesus** e **Pelotão de Cristo**). O **Cristo te Ama** prevê um acompanhamento para os que moram em Campinas e região, mantendo uma linha religiosa de abordagem. O **Cerem Dom Bosco** mantém grupos de toxicômanos e de pais em São Paulo, local de residência da maioria dos internos. As duas outras instituições dependem de contatos por carta para terem notícia de seus "graduados".

f) O diagnóstico de toxicomania não se baseia em critérios oficiais em nenhuma das instituições. Serviços como o **Cerem** e o **CAO**, com a **Fazenda do Senhor Jesus**, parecem fazer a identificação dos casos de dependência de acordo com critérios aceitos pela Medicina e Psicologia.

O **NA** deixa para o próprio sujeito a tarefa de um "diagnóstico", o que é apontado como uma falha (que propiciaria falsos bons resultados de recuperação) pelo profissional da **Fazenda do Senhor Jesus** (seção 4.2.3). O **Pelotão de Cristo** baseia-se em critérios bastante particulares em seus atendimentos, inclusive nos diagnósticos (4.2.8).

g) A utilização dos 12 Passos foi comentada anteriormente (5.1.2). Cabe acrescentar que os **NA**, supostamente com mais experiência em sua aplicação, estimam em menos de 5% os indivíduos que se mantiveram vinculados ao **Grupo Luz**, depois de terem entrado em contato com o programa em suas reuniões. Este dado é esperado, sendo mencio-

nado na literatura revisada.

h) Os relativos avanços da Psiquiatria na área das toxicomanias nas últimas décadas parecem não repercutir sobre as práticas dos serviços estudados. O próprio conceito de um duplo-diagnóstico não é percebido com a extensão cabível (faz-se, no máximo, a suspeita de diagnóstico nos casos de psicoses francas). Os quadros psiquiátricos menos graves como os distúrbios neuróticos, depressivos ou o déficit residual de atenção não são considerados, assim como os quadros psicóticos com pouca sintomatologia. Estes quadros provavelmente mantêm-se sem tratamento específico, caso internados.

i) Em termos quantitativos, a presença de profissionais universitários nestas instituições pode ser assim resumido: ausência de psiquiatras; psicólogos em seis instituições; assistente social em três; terapeuta ocupacional em duas; clínico geral em uma. Quanto aos psicólogos, em uma instituição sua presença não é utilizada enquanto tal (na **Casa Aberta**), em razão dos próprios objetivos da atuação dos educadores, nenhum deles atuando em sua área. Quanto aos terapeutas ocupacionais, em apenas um local (**Comec**) o profissional atua em sua área (não o faz também na **Casa Aberta**).

Em cinco instituições o programa se mantém sobretudo a partir do trabalho de pessoas leigas sem formação em saúde (**Fazenda do Senhor Jesus, Cristo te Ama, Pelotão de Cristo, Amorexigente e Grupo Luz**). No **Cerem Dom Bosco** a participação de leigos é também essencial ao andamento das atividades. Verifica-se, portanto, que na maioria dos serviços o trabalho é conduzido por leigos.

5.1.4 Sobre a clientela atendida

a) O número de pessoas atendidas, desde a abertura dos serviços, em geral está na casa dos milhares. A **Casa de Detenção**, o **Comec**, a **Casa Aberta** e o **Cerem Dom Bosco** referem atendimentos em menor número. Oito dos serviços não têm dados objetivos sobre o número de atendimentos. Apenas a **Casa de Detenção** e o **Comec** têm.

A procedência dos casos atendidos é variável, mas não existem dados seguros para serem fornecidos. O **Comec**, **NA**, **Amorexigente** e a **Casa Aberta** têm clientela praticamente de Campinas; todos eles serviços ambulatoriais. Os clientes do **Cerem Dom Bosco** procedem todos praticamente da Grande São Paulo. Os da **Fazenda do Senhor Jesus** vêm minoritariamente de Campinas. O **Cristo te Ama** e o **Pelotão de Cristo** não fornecem estes dados.

Os serviços com clientela campineira são, portanto, os ambulatoriais, embora os dados disponíveis não sejam completos e seguros.

b) Constatou-se para a grande maioria dos serviços uma baixa adesão às técnicas propostas. O índice de desistência ou não adesão entre aqueles serviços que tentam quantificá-lo, varia de aproximadamente 35% (**Comec**, que atende sujeitos com comparecimento involuntário) a 95% (**Grupo Luz**). O serviço da **Casa de Detenção** e o **Cerem** são exceções.

c) Nove dos serviços atendem seropositivos para o HIV, apenas o **Cristo te Ama** não o faz. O atendimento a esta população se faz sem especificidades. Dão margem a reações preconceituosas, como as encontradas pelo **Cerem Dom Bosco** junto à administração municipal da cidade onde está localizado. O **Pelotão de Cristo** parece lidar com esta si-

tuação de forma mágica, supondo poder curar com a intervenção divina.

d) As substâncias consumidas pela clientela dos serviços são aparentemente as mesmas encontradas pelos serviços comentados em 3.3, destacando-se a cocaína, a maconha e o álcool. O consumo de *crack* foi constatado em dois serviços. As demais substâncias relatadas são aquelas de comércio lícito mas uso ilícito (medicamentos sem receita, solventes).

e) O atendimento aos menores de rua usuários de spa realizados pelo **Comec** e pela **Casa Aberta** parecem basear-se em procedimentos inespecíficos, dirigidos a uma população desassistida pelas instituições. Não constata-se quadros de dependência, apesar de a maioria ser usuária de spa, decorrendo daí técnicas não direcionadas para o problema.

5.2 CONCLUSÕES

Os capítulos iniciais desta dissertação visaram mostrar que alguns dos principais problemas médicos relacionados às toxicomanias permanecem desconhecidos. A história natural deste(s) diagnóstico(s), a epidemiologia, a terapêutica, etc., são aspectos ainda pouco pesquisados.

Por motivos históricos específicos, como a associação entre spa e criminalidade, desde o início do século, e outros motivos advindos do próprio período inicial de desenvolvimento da "adictologia", a Medicina parece ter-se afastado dos toxicômanos, apesar de esta ciência ter sido a primeira a ocupar-se deles, há mais de um século.

Decorreria desta situação um "vácuo": os dependentes de spa geralmente não são abordados pelas ciências da saúde, apesar de representarem "preocupação" para vários setores da sociedade. Este vazio pas-

sa então a ser preenchido por iniciativas de caráter leigo, que são, por exemplo, a maioria na região de Campinas (SP). Os pressupostos de que partem são acientíficos, de difícil aceitação por outros setores que trabalham na área. Mesmo entre os serviços leigos estudados, existem algumas vezes uma oposição frontal às práticas dos outros. Permanecem não integrados entre si e com o restante do sistema de saúde.

Esta situação parece configurar uma época na história da adic-tologia em que não se dispõe de paradigmas norteadores das condutas e das pesquisas, o que gera desorientação e desencontros entre os pesquisadores. Apenas recentemente se esboçam alguns paradigmas nesta área.

O caráter altamente heterológico da Psiquiatria, que precisa lidar com objetos de outras ciências, parece favorecer esta situação. O modelo médico, procurando basear-se na ordenação dos achados psicopatológicos e no estabelecimento de etiopatogenias biológicas (e apenas considerando fatores sócio-psicológicos), tem se mostrado insuficiente para lidar com este objeto de conhecimento.

A produção de teorias consistentes, coerentes e originais sobre as toxicomanias, contrapondo-se às teorias repetitivas, tautológicas, baseadas em conhecimentos de outras áreas das ciências da saúde, como vem sendo praticado atualmente, poderá alterar esta situação de anomia. Por outro lado, de muito pouco parece contribuir a visão teleológica das práticas leigas, quase sempre baseadas em princípios religiosos.

A Psiquiatria vem procurando adequar suas pesquisas sobre o assunto aos conhecimentos já aparentemente bem estabelecidos de que dispõe. São feitas pesquisas em neurofisiologia, tenta-se distinguir dife-

rentes populações entre os usuários de spa, a Psiquiatria Preventiva procura aplicar seus conhecimentos ao problema das toxicomanias, o auxílio de práticas afins é solicitado (como terapia-ocupacional, psicologia e serviço social). Procura-se também estudar a patogenia e as vias espontâneas pelas quais alguns indivíduos interrompem o uso abusivo de spa se auxílio formal. Enfim, a Psiquiatria parece dispor de uma retaguarda teórica, ainda que bastante imprecisa e incompleta no momento, à prática terapêutica das toxicomanias. Esta imprecisão parece ocorrer também em outras áreas da saúde mental.

Os serviços estudados que se baseiam na atuação de profissionais de saúde mental refletem este estágio atual do conhecimento, percebendo dificuldades em lidar com a população de toxicômanos.

Quanto aos serviços baseados em práticas leigas, procurou-se entender o papel que desempenham como um produto desta situação de anomia nas ciências da saúde. No entanto, elas próprias (as iniciativas leigas) são provavelmente ineficazes naquilo que objetivam: o "tratamento" dos toxicômanos.

Com relação aos serviços estudados e à literatura revisada, podemos ainda concluir:

a) A grande variedade de definições médicas do problema das dependências químicas, como se verificou a partir da década de 1950, parece decorrer de uma formulação ainda insuficiente da questão, em virtude da situação analisada nos parágrafos anteriores.

b) Não é possível ainda falar em etiopatogenia das toxicomanias. Desconhece-se a(s) história(s) natural(is) deste distúrbio e é difícil observar seu curso sem intervenções, para o que parece contribuir

a reação social passional à questão.

c) O conhecimento da epidemiologia do distúrbio, ou mesmo apenas do uso, ainda é insuficiente. Os dados disponíveis apontam para uma frequente variação temporal, tanto quantitativa quanto qualitativa, em cada diferente país ou mesmo em cada região de um mesmo país.

d) A situação brasileira, em termos de epidemiologia, parece ser semelhante a de outros países latino-americanos. Não é, certamente, tão grave quanto se veicula implicitamente na imprensa leiga. No entanto, a pirâmide populacional do país, a falência das instituições públicas e a epidemia de Sida são fatores que devem gerar apreensão nos poderes públicos, sendo aparentemente necessário investir-se em prevenção primária nesta área.

e) Vários são os problemas médicos teóricos e práticos envolvidos nos atendimentos de toxicômanos. Sobressaem-se aqueles decorrentes da intrincação ciência x ideologia x senso-comum e as dificuldades de diferentes tipos em se avaliar as terapêuticas.

f) os modelos e técnicas normalmente empregados apenas recentemente começam a ser alvo de avaliações metodologicamente bem feitas. Parecem, no geral, ser aplicações diretas de técnicas empregadas para outros distúrbios. O "modelo relacional" é um modelo que prevê as especificidades dos toxicômanos mas caracteriza-se, sobretudo, por ser eclético.

g) O que é praticado no Brasil é apenas parcialmente conhecido. As práticas desenvolvidas em serviços universitários propõem abordagens diversas e ainda não se submetem a avaliações. As práticas não universitárias não publicam e não são conhecidas a partir dos veículos

científicos.

h) Dos serviços estudados em Campinas, em termos quantitativos sobressaem-se os que se baseiam em práticas leigas, a maioria com forte conotação religiosa. Os profissionais de saúde mental são em número minoritário, não havendo psiquiatras em qualquer das dez instituições.

i) O programa dos 12 Passos, dos Narcóticos Anônimos, é utilizado ou recomendado pela maioria dos serviços.

j) Os serviços que dispõem de profissionais de saúde mental em geral são aqueles que **não** se destinam primariamente a toxicômanos.

l) Os serviços geralmente não dispõem de dados estatísticos que possam quantificar seu movimento, índices de abandono de tratamento, número de ingressos, sua procedência, etc.

m) Quadros de comorbidade psiquiátrica não são atendidos pela maioria dos serviços, estando esta parcela dos toxicômanos desassistida ou assistida inespecificamente.

n) Os serviços não são submetidos a qualquer tipo de avaliação de seu desempenho, muito embora a maioria possua vínculos diretos ou indiretos com o poder público. Os custos, de diferentes tipos, dos atendimentos não são, assim, considerados.

o) Alguns dos serviços caracterizam-se por exercerem práticas fora de qualquer padrão científico, mostrando-se totalmente inadequados ao que se propõem, caso analisados sob parâmetros médicos.

Anexo 1

CrITÉRIOS para abuso e dependência de substâncias psicoativas segundo o DSM-III-R (ver seção 2.1.2.3 para explicações)¹:

CrITÉRIOS diagnÓsticos para Dependência de Substâncias Psicoativas:

A. Pelo menos três dos seguintes:

1. A substância é utilizada em quantidade maior ou por período de tempo maior do que era a intenção da pessoa;
2. Desejo persistente ou uma ou mais tentativas mal-sucedidas para controlar ou cortar o uso da substância;
3. Boa quantidade de tempo gasto em atividades necessárias para conseguir a substância (por exemplo, roubo), usar a substância (por exemplo, fumar continuamente) ou se recuperar de seus efeitos.
4. Intoxicações ou sintomas de abstinência frequentes quando esperado que correspondesse a suas principais obrigações de trabalho, na escola ou em casa (por exemplo não vai trabalhar por estar de "ressaca"; vai trabalhar ou à escola "alto"; cuida dos filhos intoxicada) ou quando uso de substâncias é fisicamente perigoso (p.ex., dirigir intoxicado);
5. Redução ou abandono de importantes atividades sociais, ocupacionais ou recreacionais devido ao uso de substâncias;
6. Uso continuado de substâncias apesar de saber que tem problemas de natureza social, psicológica, ou física que são causados ou exacerbados pelo uso de substâncias;
7. Tolerância marcante; necessidade de aumento da quantidade da substância (pelo menos 50% de aumento) para obter-se a intoxicação ou uma diminuição marcante dos efeitos com o uso continuado da mesma quantidade.

Obs. Os seguintes itens não são aplicáveis à cannabis, alucinógenos ou fenciclidina:

8. Sintomas de abstinência característicos;
9. Uso frequente de substâncias para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

B. Alguns sintomas do distúrbio persistiram por pelo menos um mês ou ocorreram de forma repetida por um período de tempo mais longo.

CrITÉRIOS diagnÓsticos para Abuso de Substâncias Psicoativas:

A. Padrão maladaptado de uso de substância psicoativa indicado por pelo menos um dos seguintes:

1. Uso continuado de substâncias apesar de saber que tem problemas de natureza social, psicológica ou física que são causados ou exacerbados pelo uso de substâncias.
2. Uso recorrente em situações nas quais o uso pode ser fisicamente prejudicial (por exemplo dirigir enquanto intoxicado).

B. Alguns sintomas do distúrbio persistiram por pelo menos um mês ou ocorreram repetidamente por um período de tempo mais longo.

C. Não preenche critérios para dependência de substância psicoativa para esta substância.

¹ Fonte: DSM-III-R, American Psychiatric Association, Washington, 1987. Citado por JAFFE (1989).

Anexo 2

Doze Passos dos Narcóticos Anônimos¹:

1. Admitimos que éramos impotentes perante a nossa adicção, que nossas vidas tinham se tornado incontroláveis.
2. Viemos a acreditar que um poder maior do que nós poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus, da maneira como nós O compreendíamos.
4. Fizemos um profundo e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos a Deus, a nós mesmos e a outro ser humano a natureza exata das nossas falhas.
6. Prontificamo-nos interiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente pedimos a Ele que removesse nossos defeitos.
8. Fizemos uma lista de todas as pessoas que tínhamos prejudicado, e dispusemo-nos a fazer reparações a todas elas.
9. Fizemos reparações diretas a tais pessoas sempre que possível, exceto quando fazê-lo pudesse prejudicá-las ou a outras.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e meditação, melhorar o nosso contato consciente com Deus, na maneira como nós O compreendíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e o poder de realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos levar esta mensagem a outros adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

¹ Fonte: Narcóticos Anônimos - **Para o recém-chegado**. NA World Service Office, 1991. (folheto mimeografado.) A tradução é a oficial, autorizada pelo escritório mundial da irmandade.

Anexo 3

Questionário aplicado aos entrevistados, referente às características das dez instituições pesquisadas:

IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO: NOME, NATUREZA, DATA DE ABERTURA, INSTALAÇÕES FÍSICAS E PUBLICAÇÕES DO SERVIÇO.

ESTRUTURA DE ATENDIMENTO:

SERVIÇO INTRA-MURAL, EXTRA-MURAL OU INTERMEDIÁRIO?

OBJETIVOS GERAIS

O ATENDIMENTO É PARTICULARIZADO PARA CADA CLIENTE?

TRABALHO GRUPAL É VALORIZADO?

TÉCNICAS E ATIVIDADES EMPREGADAS

REGRAS BÁSICAS? PUNIÇÕES?

UTILIZA TÉCNICA DO AA/NA?

DISTINGUE-SE USO, ABUSO E DEPENDÊNCIA?

ATENDE-SE IGUALMENTE ALCOOLISTAS E TOXICÔMANOS?

EXCLUI-SE ALGUM TIPO DE CLIENTE?

QUAL O TIPO DE SPA MAIS UTILIZADO PELOS CLIENTES DO SERVIÇO?

QUAL A GRAVIDADE DOS CASOS QUE COSTUMA ATENDER?

HÁ ACOMPANHAMENTO PÓS-ALTA?

HÁ TÉCNICA DE "ACOLHIMENTO" PARA QUEM PROCURA O SERVIÇO?

VALORIZA-SE O AFASTAMENTO DO MEIO DURANTE O ATENDIMENTO?

PRINCÍPIOS RELIGIOSOS SÃO UTILIZADOS?

HÁ SETOR DE URGÊNCIAS OU SIMILAR?

SOBRE A EQUIPE TÉCNICA:

ESTABILIDADE DO QUADRO DE PESSOAL.

QUAL O VÍNCULO QUE MANTÊM COM O SERVIÇO?

QUANTOS SÃO E QUAL SUA CARGA HORÁRIA?

TEMPO DE TRABALHO NO SERVIÇO.

FORMAÇÃO TÉCNICA, SE FOR O CASO.

TRABALHAM EXCLUSIVAMENTE COM DEPENDENTES?

HÁ EX-DEPENDENTES TRABALHANDO NO SERVIÇO?

OUTRAS PERGUNTAS:

FORMULAM-SE DIAGNÓSTICOS PSIQUIÁTRICOS OUTROS?

QUANTOS EM ATENDIMENTO, FILA DE ESPERA OU CAPACIDADE OCIOSA?

ABANDONO DE TRATAMENTO: QUANTO E COMO?

O PROGRAMA SOFRE REVISÕES PERIÓDICAS? É AVALIADO?

COMO ESTIMA A EFICÁCIA DO SERVIÇO?

QUAL O REFENCIAL TEÓRICO?

ANONIMATO, GRATUIDADE E VOLUNTARIEDADE: APLICAM-SE AO SERVIÇO?

COMO CLASSIFICA O SERVIÇO?

O QUE SUGERE PARA MELHORAR O ATENDIMENTO DE TOXICÔMANOS?

DESENVOLVE PESQUISAS SOBRE O TEMA?

PROCEDÊNCIA DOS CASOS ATENDIDOS.

COMO SITUA O SURGIMENTO DA INSTITUIÇÃO, HISTORICAMENTE?

Talvez você esteja pensando:

TUDO ISSO É UMA BESTEIRA.
UMA GRANDE PIRAÇÃO.

Tudo bem. Mas já que você também está "pirado", quem sabe não dá certo e você se encaixa em nosso grupo.

TENTE

Você pode pensar também:

"Ei cara, isso é genial! É fácil! Mas veja: se você não fizer sua parte de nada adianta nosso esforço."

AMOR EXIGENTE - Não tem solução mágica, nem oferece cura milagrosa. Nós temos uma proposta e é você quem decide segui-la ou não. Mas se você decidir que quer, não estará sozinho.

Não importa a maneira "nojenta" com que as pessoas te tratam. De hoje em diante, você tem que dar um jeito e mudar suas atitudes. As pessoas **certamente** vão te tratar melhor.

Esqueça estas frases

- Conheço um monte de gente pior do que eu.
- Todo mundo é louco, num tô nem aí.
- Fica frio, não esquento. Sei o que estou fazendo.
- Paro a hora que eu quiser.
- Não sou viciado. Tô inteiro.
- Aíds? Isso não me pega.
- Os velhos num tão nem aí.
- Só pegam no meu pé.
- Os coroaos são uns chatos.
- Me encheram o saco.
- Num tava aíim, mas pintou.
- Todos meus amigos tão nessa.
- Quero que o mundo exploda.
- Sou assim porque meus pais são separados.
- Ninguém me compreende.
- Minha carne é fraca.
- Meu pai também bebe.
- O mundo é careta.
- Os professores não prestam.
- Isso faz menos mal do que cigarro.
- Não preciso de ninguém.
- Hoje em dia isso é normal.
- A polícia não vai pôr as mãos em mim.
- Só bebo no fim de semana.
- Não pedi pra nascer, agora aguenta.
- Não preciso de ajuda.

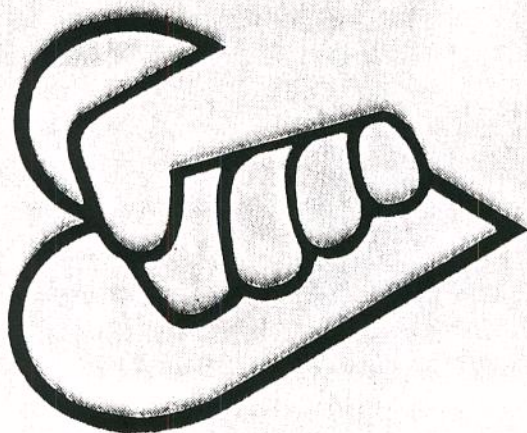
PARE DE CULPAR A VIDA E OS OUTROS:

Você já sabe que precisa mudar. Nós sabemos como ajudá-lo. Sabemos que você **PODE** mudar.

Dê uma chance a você mesmo. Estamos aqui para ajudá-lo.

Informações fone: 52.6257 - 51.5644

APOT AMOR EXIGENTE



PARA JOVENS

Reuniões as terças-feiras às 20:00 hs
Rua Santos Dumont, 785 - Cambui - Campinas
Informações fone: 52-6257 - 51-5644

Anexo 4 (cont.)

Metas

Propostas:

- 1) Não vou procurar causas fora de mim mesmo para desculpar-me.
- 2) Vou responsabilizar-me por todas as minhas atitudes.
- 3) Vou fixar os limites do que é aceitável para meu próprio bem.
- 4) Vou exigir que meu comportamento inaceitável cesse.
- 5) Não preciso ser autoridade, com a solução para todos os problemas; preciso amar e querer ser ajudado.

* METAS IMEDIATAS:

- Um objetivo realizável por semana
- Fixar limites para você mesmo
- Parar com as atitudes rebeldes

Ex.: "Ficarei limpo esta semana."
 "Vou estudar legal esta semana."
 ou "Vou voltar na próxima semana."

* PEDIR AJUDA:

- Não se envergonhe. Conhecemos seu problema. Conte-nos.
- Se estiver difícil, desabafe.
- Se houver um tropeço, recomece outra vez.

Ex.: "Estou numa pior. Ajude-me."

* PROJETO DE VIDA:

Depois de algum tempo e perseverança, você pode partir para um projeto mais amplo. Você estará se sentindo mais seguro.

Ex.: "Quero tentar o vestibular este ano".
 "Vou ser um bom profissional."
 ou: "Serei um ótimo filho."

NO NOSSO GRUPO VOCÊ ENCONTRARÁ:

- Pessoas se empenhando em mudar.
- Pessoas ansiosas com essa luta.
- Pessoas procurando ajudar os outros.
- Pessoas admitindo suas dificuldades.
- Pessoas presentes sempre que precisar.
- Pessoas que esperam que você volte.
- Pessoas se doando.
- Pessoas recebendo.
- Pessoas que sabem por onde você andou.
- Pessoas que sabem para onde ir.
- Pessoas cujas vidas estão melhorando.
- Pessoas que deixam suas casas para cuidar um pouquinho de você.

Você notará que certas expressões serão ditas muitas vezes:

- * DAR UM TEMPO
- * METAS IMEDIATAS
- * PEDIR AJUDA
- * PROJETO DE VIDA

* DAR UM TEMPO:

- Reconhecer que está com problema
- Reconhecer que precisa de ajuda
- Querer mudar de vida
- Não culpar ninguém por seus erros.

AVISO

Se você está lendo este folheto bebado, drogado ou "viajando", está perdendo seu tempo e o nosso também. Leia-o conscientemente ou então nem comece.

- Nós sabemos que você não está totalmente decidido se quer mudar ou não.
- De qualquer maneira, leia-o. Ele será ótimo SE VOCÊ:
 - Sente que pode estar em encrenca.
 - Tem certeza de que está numa encrenca.
 - Outras pessoas acham que você está.
 - Você já está tentando sair dela.
 - Você quer ficar fora dela.

AMOR EXIGENTE é uma realidade e sabemos exatamente como proporcionar a mudança de que você precisa.

Você encontrará jovens iguais a você. Não importa se você tem treze ou trinta anos.

Anexo 5

(ver seção 4.1 para explicações)

Estou enviando uma cópia de parte de minha dissertação de pós-graduação; a parte que inclui as contribuições que gentilmente me foram dadas durante a entrevista realizada em (mês / ano).

Gostaria que esta parte do texto refletisse com exatidão suas opiniões e as características da instituição de que participa. Gostaria, também, de incluir apenas as informações que julgue não contrariar seus interesses.

Para o trabalho que realizo, é de grande importância que o texto final se aproxime ao máximo desta versão que estou enviando para sua apreciação. Entretanto, me comprometo a alterar a redação nos aspectos que julgue importantes.

As frases que estão entre aspas são transcrições literais da entrevista. As demais frases são baseadas diretamente no que foi dito, sem inferências de minha parte. Algumas informações foram retiradas de prospectos e folhetos da instituição.

Envio um envelope selado e endereçado a mim para que possa me remeter com facilidade uma cópia com suas correções e/ou acréscimos.

Novamente agradeço a contribuição que me foi dada e expresso votos de grande consideração,

Bruno José Barcelos Fontanella

Pós-graduando - FCM - Unicamp

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AKISKAL, H.S.- The Classifications of Mental Disorders. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (ed) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry* / V. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989. p.583-598.
- ALFANO, A.M. & NERVIANO, E. - Considerations for survival in program evaluation project. *The International Journal of the Addictions* 23(1): 109-113, 1988.
- ALBUQUERQUE, J.F.; LIMA, C.A.; ALCÂNTARA, L.; FOINQUINOS, D.C.; RANDAN, E.; REGO, A.V. - Um processo de busca (experiência do Centro Eulâmpio Cordeiro de Recuperação Humana com usuários de drogas). In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (coord) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989. p.17-24.
- ALMEIDA, S.V. - Cocaína e cocainomania. *Brasil Médico (RJ)* 33: 235-239, 1919.
- ALMEIDA FILHO, N. - Epidemiologia social das desordens mentais: revisão da literatura. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. (org) - *Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes / Abrasco, 1987. p.103-131.

- ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.S.; LIMA, F.B. - *Validação de uma técnica para o estudo do consumo de drogas em estudantes*. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da UFBA, 1988. (mimeografado)
- ALMEIDA FILHO, N.; SANTANA, V.S.; MARI, J.J. - *Princípios de epidemiologia para profissionais de Saúde Mental*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
- ALONZO-FERNANDEZ, F. - Conducta suicida en la adolescencia (un ensayo de penetración comprensiva en las estadísticas). *Psicopatologia* 5(2): 147-159, 1985.
- APPELBAUM, P.S. & ROTH, L.H. - Involuntary treatment in Medicine and Psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 141(2):202-205, 1984.
- AQUINO, M.T.C. - NEPAD: uma proposta de atendimento ao usuário de drogas. In: EPM - Escola Paulista de Medicina - Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989. p.77-93.
- ARIF, A.; HUGHES, P.H.; KHAN, I. KHANT, U.; KLETT, C.J.; NAVARATMAN, V.; SHAFIQUE, M. - *Farmacodependencia - Metodologia para evaluar el tratamiento y la rehabilitación*. OMS, Ginebra, 1988. (OMS Publicación en Offset, 98.)
- BARBEE, J.G.; CLARK, P.D.; CRAPANZANO, M.S.; HEINTZ, G.C. KEHOE, C.E. - Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to a emergency psychiatric service. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 177(7): 400-407, 1989.

- BARRACLOUGH, G. - Arte e literatura no mundo contemporâneo - A mudança das atitudes humanas. In: _____ - *Introdução à História Contemporânea*. Rio de Janeiro, Zahar, 1983. p.220-252.
- BASTOS, F.I.M.; LOPES, C.S.; DIAS, P.R.T.P.; LIMA, E.S.; OLIVEIRA, S. B.; LUS, T.P. - Perfil de usuários de drogas I - Estudo de características de pacientes do NEPAD/UERJ - 1986-1987. *Revista ABP-APAL* 10(2): 47-52, 1988.
- BATKI, S.L.; SORENSEN, J.L.; FALTZ, B.; MADOVER, S.- Psychiatric aspects of treatment of IV drug abusers with AIDS. *Hospital and Community Psychiatry* 39(4): 439-441, 1988.
- BAXTER, L.R. - Localization or neurochemical effects of cocaine and other stimulants in the human brain. *Journal of Clinical Psychiatry* 49(2) (suppl):23-26, 1988.
- BEAN, P.T. & WILKINSON, C.K. -Drug taking and the illicit supply system. *British Journal of Addiction* 83: 533-539, 1988.
- BEAUBRUN, M.H. - Jamaica: distintas formas de consumo de Cannabis. In: EDWARDS, G. & ARIF, A. (org) - *Los problemas de la Droga en el Contexto Sociocultural*. Ginebra, OMS, 1981. p.82-88. (Cuadernos de Salud Pública, 73.)
- BERGERET, J. & LEBLANC, J. - Introdução. In: BERGERET, J. [et al] - *Toxicomanias - Uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.13-16.
- BERNFELD, S. - Os estudos de Freud sobre a cocaína. In: BYCK, R. (org) - *Freud e a Cocaína*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989. p.295-321.

- BERRIDGE, V. - Drugs and social policy: establishment of drug control in Britain - 1900-1930. *British Journal of Addiction* 79: 17-29, 1984.
- BERTOLETE, J.M. - Aspectos sociais do alcoolismo: uma questão metodológica. *TEMAS, São Paulo* 32-33: 149-152, 1987.
- BOTEGA, N.J.; FONTANELLA, B.J.B.; GONÇALVES, E.B.; RODRIGUES, R.T. - Ambulatório de Psiquiatria em hospital geral - alguns dados do HC-Unicamp. *Revista ABP-APAL* 10(2): 57-62, 1988.
- BRASIL. Congresso Nacional. - Lei Federal nº 4.294 de 06/07/21. *Gazeta Clinica (SP)* 19: 91-92, 1921.
- BRASIL. Ministério da Saúde. - *Nomenclatura Internacional de Doenças e Causas de Morte - Revisão de 1955*. Departamento de Imprensa Nacional, 1964.
- BUCHER, R.- O CORDATO - Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos, em Brasília: concepção geral e funcionamento. In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989a. p.99-114.
- BUCHER, R.- [Intervenção pessoal em mesa-redonda.] In: EPM - Escola Paulista de medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989b. p.94.
- BUCHER, R. - Psicopatologia da toxicomania e vivência do toxicômano. *Revista Brasileira de Saúde Mental* 2(2-3): 34-42, 1988.

- BUCHER, R. & COSTA, P.F. - Abordagem terapêutica do toxicômano. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de la America Latina* 31: 113-30, 1985.
- BUCHER, R. & COSTA, P.F. - Modelos de atendimento aos usuários de drogas. In: BUCHER, R. (org) - *As drogas e a vida - Uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo, EPU, 1988. p.69-80.
- BUCHER, R. & TOTUGUI, M.L. - Conocimiento y uso de drogas entre alumnos de Brasília. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de la America Latina* 34:113-126, 1988.
- BUKSTEIN, O.G.; BRENT, D.A.; KAMINER, Y. - Comorbidity of substance and other psychiatric disorders in adolescents. *American Journal of Psychiatry* 146 (9): 1131-1141, 1989.
- BURGESS, A.W.; HARTMAN, R.N.; McCORMACK - Abused to abuser: antecedents of socially deviant behaviours. *American Journal of Psychiatry* 144(11): 1431-1436, 1987.
- BYCK, R. - Sigmund Freud e a cocaína. In: _____ (org) - *Freud e a Cocaína*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989. p.3-23.
- CALANCA, A. - A toxicomania entre a doença e a delinquência. In: BERGERET, J [et al] - *Toxicomanias - Uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.55-61.
- CAMPANA, A.A.M.; WOITOWITZ, A.B.; GALPERIN, B.; LUZ JR, E.; GAMBARINI, M.A.; RAMOS, S.P.; BARROS, S.G.S. - Unidade de Dependência Química do Hospital Mãe de Deus - Relatório. In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989. p.1-12.

- CAMPOS, G.W.S. - Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. - *Planejamento sem normas*. São Paulo, Hucitec, 1989. p.53-60.
- CAMPOS, M.A. - *O hospital-dia como alternativa assistencial em Psiquiatria- Opinião de pacientes e familiares*. Ribeirão Preto, 1986. [Tese - Doutoramente - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.]
- CARLINI, E.A. - Considerações sobre o tratamento e recuperação dos doentes que apresentam dependência física ou psíquica. *Revista da Associação Brasileira de Psiquiatria (SP)* 3(6):65-68, 1981.
- CARLINI-COTRIM, B. & CARLINI, E.A. - O Consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo. Parte I: estudantes de primeiro e segundo graus da rede estadual. *Revista ABP - APAL* 9(2): 49-58, 1987a.
- CARLINI-COTRIM, B. & CARLINI, E.A. - O consumo de solventes e outras drogas em crianças e adolescentes de baixa renda na cidade de São Paulo. Parte II: meninos de rua e menores internados. *Revista ABP - APAL* 9(2):69-77, 1987b.
- CASTEL, S.; BETTARELLO, S.V.; ANDRADE, A.G. - Estruturação do atendimento de farmacodependentes no GREa: Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependências do Instituto de Psiquiatria do HCFMUSP. In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia(org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependências de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989. p.137-144.

- CASTEL, S. & MALBERGIER, A.- Farmacodependências - Estudo comparativo de uma população atendida em serviço especializado: 1984-1989. *Revista ABP-APAL* 11(3): 126-132, 1989.
- CARVALHO NETO, J.A.; ALMEIDA FILHO, N.; REGO, R.C.F.; SANTANA, V.S.- Prevalência do consumo de drogas ilícitas em uma amostra populacional de Salvador, Bahia. *Revista ABP-APAL* 9(4): 131-139, 1987.
- CERQUEIRA, L.- Aspectos estatísticos da assistência hospitalar em Ribeirão Preto. In: _____ - *Psiquiatria Social - Problemas brasileiros de Saúde Mental*. Rio de Janeiro/São Paulo, Atheneu, 1989. p.265-287.
- CARLES-NICOLAS, A. & PRAT, P. - Terapêutica da pessoa do toxicômano. In: BERGERET, J. [et al] - *Toxicomanias - Uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.133-148-
- CHASIN, A.A.N. & MÍDIO, A.F.- Cocaine related problems in the city of São Paulo, 1982-1986. *Bulletin on Narcotics* 41(1-2): 99-101, 1989.
- CHRISTIE, K.A.; BURKE, J.D.; RERIER, D.A.; RAE, D.S., BOYD, J.H.; LOCKE, B.Z.- Epidemiologic evidence for early onset of mental disorders and higher risk of drug abuse in young adults. *American Journal of Psychiatry* 145(8): 971-975, 1988.
- CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde de Campinas). Grupo de Trabalho de Saúde Mental. *Propostas de organização em Saúde Mental*. Campinas, 1987. (mimeografado)
- CLEMENTS, G. & KRENNER, L.; MOLK, W.- The use of transcendental meditation program in the prevention of drug abuse and in the treatment of drug-addicted persons. *Bulletin on Narcotics* 40(1): 51-56, 1988.

- COHEN, C.; LEITE, S.M.F.; MEIRA, A.R.- Aspectos atuais da heroína no Brasil. *Revista da Associação Brasileira de Medicina* 44(1-2):10-13, 1987.
- COLE, S.G. & WATTERSON, O.- Introduction: historical overview of the treatment of drug dependence. In: SELLS; S.B. & SIMPSON, D.D. (ed) - *The effectiveness of Drug Abuse Treatment*. Cambridge, Massachussets, Ballinger, 1976. v3.
- CORDATO (Centro de Orientação sobre Drogas e Atendimento a Toxicômanos da UnB)- *Relatório das Atividades de 1988*. Brasília, 1989. (mimeografado)
- COSTA, P.F.- As drogas perante a lei. In: BUCHER, R. (org) - *Prevenção ao uso indevido de drogas*. Brasília, Editora UnB, 1989. v.1.
- CSM (Coordenadoria de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo)- *Frequência e distribuição dos diagnósticos dos pacientes internados em hospitais próprios e conveniados da CSM*. São Paulo, 1986. (mimeografado)
- DALGALARRONDO, P.- *Repensando a internação psiquiátrica. A proposta das unidades de internação psiquiátricas de hospitais gerais*. Campinas, 1990. [Dissertação de mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.]
- DELPIROU, A. & LABROUSSE, A.- *Coca coke - Produtores, consumidores, traficantes e governantes*. São Paulo, Brasiliense, 1988.
- DeLUCIA, R. & PLANETA, C.S.- Padrões de uso de psicoestimulantes e energizantes por universitários: análise do período de 1983-1988. *Revista ABP-APAL* 11(3):111-113, 1989.
- De MILLIO, L.- Psychiatric syndromes in adolescent substance abusers. *American Journal of Psychiatry* 146(9): 1212-1214, 1989.

- DEMO, P. - *Metodologia científica em Ciências Sociais*. São Paulo, Atlas, 1985.
- DEYKIN, E.Y.; LEVY, J.C. & WELLS, V. - Adolescent depression, alcohol and drug abuse. *American Journal of Psychiatry* 77(2):178-182, 1987.
- DIMENSTEIN, G. - *A guerra dos meninos - Assassinatos de menores no Brasil*. São Paulo, Brasiliense, 1990.
- DORUS, W. & SENAY, E.C. - Depression, demographic dimensions and drug abuse. *American Journal of Psychiatry* 137(6): 699-704, 1980.
- EDDY, N.B.; HALBACH, H.; ISSBEL, H.; SEEVERS, M.H. - Drug dependence: its significance and characteristics. *Bulletin of the World Health Organization* 32: 721-733, 1965.
- EDWARDS, G. - *O tratamento do alcoolismo*. São Paulo, Martins Fontes, 1987.
- EDWARDS, G. & GROSS, M.M. - Alcohol Dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal* I:1058-1061.
- ENCONTRO sobre Abuso de Drogas entre Meninos de Rua do Brasil (1990). - Abuso de drogas entre meninos de rua no Brasil: recomendações. *Revista ABP-APAL* 11(4): v-vii, 1989. [impressa em 1990]
- EPM (Escola Paulista de Medicina) - Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro dos Centros de Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989.
- EY, H.; BERNARD, P.; BRISSET, C. - Os processos orgânicos geradores de distúrbios mentais. In: _____ - *Manual de Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Masso, 1981. p.675-963.
- FARIAS NETO, S.F. - Tratamento para dependentes de drogas em regime comunitário. *Revista do IMESC (SP)* 8: 39-42, 1982.
- FERREIRA, C. - Do emprego clínico do chlorydrato de heroína. *Revista Médica de S. Paulo* 2:304-306, 1899.

- FREEDMAN, M.A.- Opiate dependence. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (ed)- *Comprehensive textbook of Psychiatry/III*. Baltimore, Willian & Wilkins, 1980. p.1591-1613.
- FREUD, S. - Uber coca. In: BYCK, R. (org)- *Freud e a cocaína*. Rio de Janeiro, Espaço e tempo, 1989a. p.63-86.
- FREUD, S. - Ânsia e temor pela cocaína. In: BYCK, R. (org)- *Freud e a cocaína*. Rio de Janeiro, Espaço e Tempo, 1989b. p.167-173.
- FREUD, S. - *O mal-estar na civilização*. Edição Standard Brasileira das Obras psicológicas Completas de Sigmund Freud, 2ª ed. Rio de Janeiro, Imago, 1987. v.XXI.
- FORATTINI, O.P.- *Epidemiologia Geral*. São Paulo, Artes Médicas, 1980-
- FUENTE, R. & MEDINA-MORA, M.E. - El abuso y la dependencia de farmacos psicoativos. *Salud Mental* 10(2): 14-21, 1987.
- GALANTER, M.- Subspecialty training in alcoholism and drug abuse (Editorial). *American Journal of Psychiatry* 146(1):8-9, 1989.
- GALVIS, Y.T. & MURRELE, L. -Consumo de substancias que produzem dependencia en Colombia. In: OPAS - *Abuso de Drogas*. Washington, OPAS, 1990. p.17-28. (Publicación científica, 522.)
- GAMBARINI, M.A.- Alcoólicos Anônimos. In: RAMOS, S.P. & BERTOLETE, J.M. (org) - *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.211-217.
- GAWIN, F.H.- Chronic neuropharmacology of cocaine: progress in pharmacotherapy. *Journal of Clinical Psychiatry* 49(2):11-16, 1988.

GAWIN, F.H.; KLEBER, H.D.; BYCK, R.; ROUSANVILLE, B.J.; KOSTEN, T.R.; JATLOW, P.I.; MORGAN, C.- Desipramine facilitation of initial cocaine abstinence. *Archives of General Psychiatry* 46:117-121, 1989.

GAWIN, F.H. & ELLEINWOOD, E.H.- Cocaine and other stimulants. *The New England Journal of Medicine* 318(18): 1173-1182, 1988.

GIGLIOTA, G.- Cocaína é dilema na América Latina. *Folha de S. Paulo*, 21/12/90, p.11 (caderno Especial).

GLATT, M.M. - Prison medical care for addicts. *The Lancet* nov.23: 1193, 1985. (letter)

GODOY, N. - Narcotráfico movimentou US\$3 bi em 90. *Folha de São Paulo*, 25/03/91, p.2-4 (caderno Mundo).

GOODWIN, D.W. - Alcoholism. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (ed) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989. p.686-698.

GRINSPOON, L. & BAKALAR, J.B. - Drug dependence: nonnarcotic agents. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (ed) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/III*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1980. p.1614-1629.

HAGGERTY, K.P.; WELLS, E.A.; JENSON, J.M.; CATALANO, R.F.; HAWKINS, J.D.- Delinquents and drug use: a model program for community reintegration. *Adolescence* 24(94): 439-456, 1989.

HAMMER, T. & VAGLUM, P. - Initiation, continuation or discontinuation of cannabis use in the general population. *British Journal of Addiction* 85:899-909, 1990.

HELLERSTEIN, D.J. & MEEHAN, B.- Outpatient group therapy for schizophrenic substance abusers. *American Journal of Psychiatry* 144 (10):1337-1339, 1987.

HUGHES, P.H.; VENULET, J.; KHANT, U.; MEDINA-MORA, M.E.; NAVARATMAN, V.; POSHYACHINDA, V.; ROOTMAN, I.; SALAN, R.; WADUD, K.A.- *Core data for epidemiological studies of nonmedical drug use*. Geneva, WHO, 1980. (WHO Offset Publication, 56.)

INGOLD, F.R.- Les centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes: inventaire, fonctionnement et limites de leur évaluation (1). *Annales Médico-Psychologiques* 145(8): 705-708.

JAFFE, J.H.- Drug dependence: opioids, nonnarcotics, nicotine (tobacco) and caffeine. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (ed)- *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989. p.642-686.

JASPERS, K. - *Psicopatologia Geral*. Rio de Janeiro/São paulo, Atheneu, 1979. v.2.

KALINA, E.- Considerações sobre a internação como recurso terapêutico . In: _____ - *Drogadicção II*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988. p.64-68.

KALINA, E.- O duplo diagnóstico. In: _____ - *Terapia familiar e outros temas*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1991, p.93-97.

KALINA, E. & KOVADLOFF, S.- *Drogadicção - Indivíduo, família e sociedade*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1988.

KANDEL, D.B. & RAVEIS, V.H. - Cessation of illicit drug use in young adulthood. *Archives of General Psychiatry* 46:109-116, 1989.

- KATZ, S.E.- Hospitalization and the Mental Health Service System. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (ed) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry/V*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989. p.2083-2090.
- KAUFMAN, E. & REOUX, J. - Guidelines for the successful psychotherapy of the substance abusers. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 14 (2):199-209, 1988.
- KLEBER, H.D. - From theory to practice: the planned treatment of drug users [interview by Stanley Einstein]. *The International Journal of the Addictions* 24(2): 123-166, 1989.
- KNOBEL, M.- Juventude - Características e perigos face às drogas. In: Escola de Pais do Brasil - *Pais, filhos e tóxicos*. São Paulo, Almed, 1983. p.53-70.
- KOFOED, L.; JOYCE, K.; WALSH, T.; ATKINSON, R.- Outpatient treatment of patients with substance abuse and coexisting psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry* 143(7):867-872, 1986.
- KOSTEN, T.R.- Pharmacotherapeutic interventions for cocaine abuse: matching patients to treatment. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 177(7):379-389, 1989.
- KOZEL, N.J.- Epidemiologia del abuso de drogas en los Estados Unidos de América. Resumen de métodos y observaciones. In: OPAS - *Abuso de Drogas*. Washington, 1990. p.74-86. (Publicación científica, 522.)
- KRYNSKI, S.; COSTA, W.R.G.; COSTA, M.F.F.G.; SOUZA, W.A.; FONTES, A.M.; PIRES, T.G.A.- O Setor de drogadependência do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da FCM-SCSP. Análise das atividades em 1987. *Boletim do Centro de Estudos e Pesquisas em Psiquiatria*. V:42-46, 1987.

- KHUN, T.- *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo, Perspectiva, 1990. (Coleção Debates.)
- LOPES, C.- Assistência aos toxicômanos. *O Hospital (RJ)* 1:55-60, 1924a.
- LOPES, C.- As toxicomanias no Rio de Janeiro (dados estatísticos). *Archivos Brasileiros de Neurlatria e Psiquiatria* 6:130-136, 1924b.
- LUCENA, J.- Alguns aspectos do alargamento da Psiquiatria e das dificuldades metodológicas desse alargamento. *Revista Brasileira de Saúde Mental* 2(2-3): 43-52, 1988.
- MALLA, A.K. - Day treatment of alcoholism: an outcome study. *Canadian Journal of Psychiatry* 32(3): 204-210, 1987.
- MALLA, A.K. & COOPER, G. - Day treatment for alcoholism in a general hospital psychiatric service. *Canadian Journal of Psychiatry* 30(6): 409-413, 1985.
- McCOWN, W. - The relationship between impulsivity, empathy, and involvement in twelve step self-help substance abuse treatment groups. *British Journal of Addiction* 84:391-393, 1989.
- McLELLAN, A.T.; LUBORSKY, L.; WOODY, G.E.; O'BRIEN, C.P. DRULEY, K.A. -Predicting response to alcohol and drug abuse treatments - Role of psychiatric severity, *Archives of General Psychiatry* 40: 620-625, 1983.
- MANDON, D.-Perspectiva antropológica da droga. In: BERGERT, J.[et al]- *Toxicomanias - Uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.230-242.
- MASUR, J.- *O que é toxicomania*. São Paulo, Brasiliense, 1987.

- MASUR, J. - [Intervenção em mesa-redonda.] In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989.
- MASUR, J. & CARLINI-COTRIM, B. - Padrão de uso de drogas psicotrópicas precedendo a internação por dependência. *Revista ABP-APAL* 9 (4): 145-150, 1987.
- MASUR, J. & GALDURÓZ, J.C.F. - A história não oficial do uso de drogas. In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989. p.27-31.
- MEDINA-MORA, M.E.; ORTIZ, A.; CAUDILLO, C.; LOPEZ, S. - Inhalación deliberada de disolventes en um grupo de menores mexicanos. *Salud Mental* 5(11).77-86, 1982.
- MEDINA-MORA, M.E.; TAPIA, C.R.; RASCÓN, M.L.; LAZCANO, F.; MARIÑO, M.C. - Situación epidemiológica del abuso de drogas em México. In: OPAS - *Abuso de drogas*. Washington, OPAS, 1990. p.3-16. (Publicación científica, 522.)
- MELO, A.L.N. - *Psiquiatria*. Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1981.v.1.
- MILBY, J.B. - *A dependência de drogas e seu tratamento*. São Paulo, Pioneira/EDUSP, 1988.
- MILLER, S.I. & FRANCES, R.J. - Psychiatrists and the treatment of addictions: perceptions and practices. *American Journal of Alcohol and Drug Abuse* 12:187-199, 1986.

MILLMAN, R.B.- Evaluation and clinical management of cocaine abusers. *Journal of Clinical Psychiatry* 49(2):27-33, 1988

MINGOJA, Q.- Do conceito de entorpecente. *Archivos de Biologia*, 20(190): 1-6, 1936.

MITCHELL, S. - Chages in treatment related concepts of illicit drug abusers related to time in treatment in two residential treatment programs. *The Interntional Journal of Addiction* 22(9):885-94, 1987.

MONTEIRO FILHO, L.; FERRAZ, M.P.J.; MACHADO, N.R.; PINHEIRO, E.A.C.A.; PINHEIRO, M.F.V.; RIBEIRO, M.C.S.; SA, R.F.- Adolescentes cheirados de cola. *Jornal de Pediatria* 57(4): 330-332, 1984.

MORGADO, A.F.; IGUCHI, T.; BUENO, J.R. - Epidemiologia da dependência de drogas em grupos populacionais do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 32(5):281-92, 1983.

MUNDIN, W.E.; BIZZOTO, A.G.; LODI, M.I.H.; PINHEIRO, R.M.; DUARTE, T.C.T. Escuta e ato: Centro Mineiro de Toxicomania. In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989. p. 121-131.

MURAD, J.E. - *O perfil do usuário de drogas em Minas Gerais, Brasil*. Belo Horizonte/Brasília, 1988. (mimeografado)

MURILLO, E.A. - Abuso de drogas en Costa Rica. Recompilacións de varios estudios. In: OPAS - *Abuso de drogas*. Washington, OPAS, 1190. p.41-47.

NAVARRO, R.; AREVALO, M.C.; YUPANKI, M.; GIRÓN, M.; GENG, J.

J.; BELETTI, A.; VALDIVIA, G. - Desarrollo de un programa de modificación del comportamiento en el tratamiento y seguimiento de pacientes dependientes de drogas. *Psicoativa* 1(1): 65-88, 1987.

NA WORLD SERVICE OFFICE - *O grupo - Un resumo do Manual de Serviços de Toxicômanos Anônimos*. 1976. (mimeografado)

NA WORLD SERVICE OFFICE - *Toxicômanos Anônimos*. São Paulo, Loyola, 1982.

NEGRETE, P. - La región andina de América del sur: el hábito local de masticar coca en las zonas rurales y fumar pasta de coca en las ciudades. In: EDWARDS, G. & ARIF, A. (org) - *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural - una base para la formulación de políticas y la planificación de programas*. Ginebra, OMS, 1981. (Cuadernos de Salud Pública, 73:) p.65.72.

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 - 1985-1988. Centro de Estudos de Terapia do Abuso de Drogas - CETAD. In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontros de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989.

O'BRIEN, C.P. - Pharmacological and behavioural treatments of cocaine dependence: controlled studies. *Journal of Clinical Psychiatry* 42(2) (suppl):17-22, 1988.

OLIVEIRA, M. - Hábito de dividir seringa provoca 56% dos casos de AIDS em Santos. *Folha de São Paulo* 18/07/91, p.4-1. (caderno Cotidiano.)

OLIEVENSTEIN, C. - *A droga*. São Paulo, Brasiliense, 1988b.

OLIEVENSTEIN, C. - Aspectos Psicodinâmicos do desenvolvimento do toxicodependente. In: BUCHER, R. (org) - *As drogas e a vida - Uma abordagem biopsicossocial*. São Paulo, EPU, 1988. p.89-95.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - *Classificação Internacional das doenças e causas de morte*. São paulo, Ministério da Saúde/USP/OPAS, 1978.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - *Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia*. Ginebra, OMS, 1969. ((Serie de Informes Técnicos, 407.))

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - *Tenth Revision of the International Classifications of Diseases- Chapter V(F): Mental and Behavioural Disorders (Including Disorders of Psychological Development)*. WHO, 1991. (mimeografado)

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD - *Services for the Prevention and Treatment of Dependence on Alcohol and Other Drugs*. Geneva, WHO, 1967. (Technical Report Series, 363.)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - *Manual da Classificação Internacional de Doenças, Lesões e Causas de Óbito*. Washington, OPAS-OMS, 1969.v.1. (Publicação Científica, 190.)

PERNAMBUCO FILHO - O problema médico-legal da toxicomania (Legislação e fiscalização internacional). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 1: 328-343, 1951.

RAEDER, R.J. & CARLINI-COTRIM, B.- Internações hospitalares no Brasil por dependência de drogas, álcool e psicoses alcoólicas, em 1988. *Revista ABP-APAL* 12(1,2,3,4): 33-39, 1990.

- RAMOS, S.P.- [Intervenção em mesa-redonda.] In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontros de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989.
- RAMOS, S.P.- Psicoterapia de grupo para alcoolistas. In: RAMOS, S.P. & BERTOLETE, J.M. (org) - *Alcoolismo hoje*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990. p.163-173.
- RECOMENDAÇÕES do Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas. In: EPM - Escola Paulista de Medicina, Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989.
- RITSON, E.B. & CHICK, J.D. - Dependence on alcohol and other drugs. In: KENDELL, R.E. & ZEALEY, A.K. (ed) - *Companion to Psychiatric Studies*. Edimburgh, Churchill & Livingstone, 1988. p.476-504.
- ROBINSON, D. - Alcoholicos Anonimos: origenes y difusion internacional de un grupo de autoayuda. In: EDWARDS, G. & ARIF, A. (org) - *Los problemas de la droga en el contexto sociocultural. Una base para la formulación de políticas y la planificación de programs*. Ginebra, OMS, 1981. p.187-194.
- ROSIE, J.S.- Partial Hospitalization: a review of recent literature. *Hospital and Community Psychiatry* 38(12): 1291-1299.
- ROSS, H.E.; GLASER, F.B.; GERMANSON, T.- The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Archives of General Psychiatry* 45:1023-1031, 1988.
- SANTOS, J.W.S. - *A nova Lei Antitóxicos comentada*. São Paulo, Pro-livro, 1977.

SCARPA, P.S. - Maconha rende mais que arroz e algodão no NE. *Folha de São Paulo* 25/11/90, p.D-3. (caderno Cidades.)

SCHEIBER, S.C. - Graduate psychiatric education. In: KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. (ed) - *Comprehensive Textbook of Psychiatry* / V. Baltimore, Williams & Wilkins, 1989. p.2099-2106.

SCHNEIER, F.R. & SIRIS, S.G. - A review of psychoactive substance use and abuse in schizophrenia. Patterns of drug choice. *The Journal of Nervous and Mental Diseases* 175(11): 641-651, 1987.

SCHOTTENFELD, R.S. - Involuntary treatment of substance abuse disorders. Impediments to success. *Psychiatry* 52: 164-176, 1989.

SCHUBERT, D.S.P.; WOLF, A.W.; PATTERSON, M.B.; GRANDE, T.P., PEDLETON, L. - A statistical evaluation of the literature regarding the association among alcoholism, drug abuse and antisocial personality disorder. *The International journal of Addiction* 23(8): 797-808.

SHEEHAN, M.; OPPENHEIMER, E.; TAYLOR, C. - Who comes for treatment: drug misusers at three London agencies. *British Journal of Addiction* 83: 311-320, 1988.

SILVA FILHO, J.F. - A Medicina, a Psiquiatria e a doença mental. In: TUNDIS, S.A. & COSTA, N.R. (org) - *Cidadania e Loucura - Políticas de Saúde Mental no Brasil*. Petrópolis, Vozes/Abrasco, 1987. p.75-102.

SILVEIRA FILHO, D.X. - Centro de Prevenção e tratamento de dependentes de drogas - Departameto de Psiquiatria da EPM. In: EPM - Centro de Pesquisas em Psicobiologia do Departamento de Psicobiologia (org) - *Encontro de Centros Brasileiros de Tratamento de Dependência de Drogas*. São Paulo, AFIP, 1989.

- SIMON, R. - Prevenção da drogadição aguda. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 36(2): 105-107, 1987.
- SKUTLE, A. - Treatment and Prevention of alcohol and drug abuse: coordination of professional services. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76(suppl.337): 52-54, 1987.
- SMART, R.G. - Abuso de Drogas en Ontario, Canadá. In: OPAS - *Abuso de Drogas*. Washington, DC, OPAS, 1990. p.29-40. (Publicación Científica, 522.)
- SMART, R.G. & PATTERSON, S.D. - Comparison del abuso de alcohol, tabaco y drogas entre estudiantes de las Bahamas. In: OPAS - *Abuso de Drogas*. Washington, DC, OPAS, 1990. p.53-63. (Publicación Científica, 522.)
- SONENREICH, C. - *A maconha na clínica psiquiátrica*. São Paulo, Manole, 1982.
- SZAPOCZNIK, J. PEREZ-VIDAL, A.; BRICKMAN, A.L.; FOOTE, F.H.; SANTISTEBAN, D.; HERVIS, O. - Engaging drug abusers and their families en treatment: a strategic structural systems approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 56 (4): 552-557, 1988.
- TANTAN, D. & McGRATH, G. - Psychiatric day hospitals - another route to institutionalization? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 24:96-101, 1989.
- THORNTON, P.I. - Subliminal stimulation of symbiotic fantasies as an aid in the treatment of drug abusers. *The International Journal of the Addictions* 22(8): 751-765, 1987.
- TONGUE, E. & TURNER, D. - Treatments options in responding to drug misuse problems. *Bulletin on Narcotics* 40(1):3-19, 1988.

- TOUZEAU, D. - A perspectiva farmacológica. In: BERGERET, J. [et al] - *Toxicomanias - Uma visão multidisciplinar*. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991. p.19-52.
- WASHTON, A.M. - Preventing relapse to cocaine. *Journal of Clinical Psychiatry* 44(2): 34-38, 1988.
- WEISS, R.D. - Relapse to cocaine abuse after desipramine treatment. *JAMA* 260 (17): 2545-2546, 1988.
- WEISS, R.D. & MIRIN, S.M. - Tricyclic antidepressants in the treatment of alcoholism and drug abuse. *Journal of Clinical Psychiatry* 50(7-suppl): 4-11, 1989.
- WELLER, R.A. & HALIKAS, J.A. - Marijuana use and psychiatric illness: a follow-up study. *American Journal of Psychiatry* 142(7): 848-850, 1985.
- WESTERMEYER, J. - Cultural patterns of drug and alcohol use: an analysis of host and agent in the cultural environment. *Bulletin on Narcotics* 39(2): 11-27, 1987.
- WHITFIELD, C.L. - Advances in alcoholism and chemical dependence (Editorial). *The American Journal of Medicine* 85(4): 465, 1988.
- WILKINSON, A.; LEIGH, G.M.; CORDINGLEY, B.A. MARTIN, G.W.; LEI, H. - Dimensions of multiple drug use and a typology of drug users. *British Journal of Addiction* 82: 259-273, 1987.