

ANGELA MARIA LEVORATO

EVALNETE RODRIGUES

**ANÁLISE DA NECESSIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE
FEMININA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO HOSPITAL COLÔNIA
ADAUTO BOTELHO**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis, do Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, como requisito para obtenção do título de Especialista em Formulação e Gestão de Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^ª Maria do Carmo Duarte Freitas.

CURITIBA

2007

AGRADECIMENTOS

À Escola de Governo do Estado do Paraná, pela brilhante iniciativa.

À Direção Geral do Hospital Colônia Aduino Botelho, gestão 2003/2006, na pessoa de Suzana Malmann, pelo apoio e incentivo.

Aos nossos familiares pela paciência e carinho.

Aos professores e a todos que direta ou indiretamente colaboraram na realização deste trabalho.

Agradecimento especial à professora Maria do Carmo, que com sua orientação, e dinamismo, contribuiu enormemente no desenvolvimento e conclusão deste trabalho.

PENSAMENTO

“Os homens de todas as épocas quebram a cabeça com o enigma da feminilidade. Pobres cabeças banhadas de suor...”.

Sigmund Freud

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Uso na Vida de Álcool, distribuídos segundo o sexo e as faixas etárias....	7
Tabela 2 – Prevalência de Dependentes de Álcool, distribuídos segundo sexo.....	8
Tabela 3 – Estrutura dos Dados Coletados	19
Tabela 4 – Situação Conjugal.....	23
Tabela 5 – Filhos	26
Tabela 6 – Relação Violência Doméstica e Filhos.....	27
Tabela 7 – Dependências na Família	27
Tabela 8 – Profissão	28
Tabela 9 – Suicídio	29
Tabela 10 – Tempo de Internamento.....	31
Tabela 11– Conscientização da Doença	33
Tabela 12 – Integração na Unidade.....	34
Tabela 13 – Internamentos Anteriores.....	35

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Idade	22
Gráfico 2 - Situação Conjugal	23
Gráfico 3 - Tipo de Dependência	24
Gráfico 4 - Violência Doméstica	25
Gráfico 5 - Tempo de Internamento	32

LISTA DE SIGLAS

ABEAD: Associação Brasileira de Estudos sobre Álcool e Drogas

ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CAPS: Centro de Atenção Psico-Social.

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

CFM: Conselho Federal de Medicina

CID 10: Código Internacional de Doenças – Revisão 10.

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

HCAB: Hospital Colônia Adauto Botelho

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

SIDA: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

SNAS: Serviço Nacional de Assistência à Saúde

SUS: Sistema Único de Saúde

RESUMO

LEVORATO, A. M. e RODRIGUES, E. **ANÁLISE DA NECESSIDADE DE IMPLANTAÇÃO DE UNIDADE FEMININA DE DEPENDÊNCIA QUÍMICA NO HOSPITAL COLÔNIA ADAUTO BOTELHO.** O Hospital Colônia Adauto Botelho é a referência em psiquiatria do serviço de saúde mental do Estado do Paraná, tem cadastrado 240 leitos psiquiátricos para Sistema Único de Saúde, inclusive uma unidade de tratamento para dependência química masculina. As mulheres dependentes químicas são internadas em unidades femininas destinadas a tratamento para pacientes com outros tipos de transtornos mentais. As ações terapêuticas destas unidades não são dirigidas para pacientes que fazem uso e abuso de substâncias psicoativas e sim para aquelas pacientes que apresentam transtornos psicóticos. Fato que conduz ao pressuposto de que o internamento das mulheres usuárias de substâncias psicoativas não atinge o seu objetivo, pois ocasionam repetidos internamentos, isolamento, não adesão ao encaminhamento extra-hospitalar e outros prejuízos sociais para as usuárias. A pesquisa objetiva analisar a necessidade da implantação de uma unidade exclusivamente feminina para dependentes de substâncias psicoativas. Partiu-se de um estudo teórico acerca da dependência química feminina destacando as diferenças biológicas, sociais e emocionais do gênero feminino com ênfase nos efeitos nocivos do uso destas substâncias sob vários aspectos. Nos procedimentos metodológicos utilizou-se de pesquisa documental (prontuários médicos), extraindo informações referentes ao perfil bio-psico-social, dados indicadores da eficiência dos internamentos, tempo de internamento, internamentos anteriores, integração na unidade, conscientização da doença e adesão ao tratamento extra-hospitalar. Os resultados apontaram a fragilidade psico-social das pacientes e confirmaram as suposições norteadoras desta pesquisa, no que se refere ao isolamento da paciente na unidade e seu baixo índice de conscientização da doença. A análise dos dados possibilitou a proposta de um modelo de tratamento apoiado pelos estudos teóricos e dados coletados. Este prevê desde o conhecimento técnico, programas internos e atendimentos, até a necessidade de treinar a equipe para atender esta demanda específica.

Palavras - Chave: Mulher, Dependência Química, Substâncias Psicoativas, Tratamento Psiquiátrico.

E-mail: ang_mlev@hotmail.com
evalnete_rodrigues@hotmail.com

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	II
PENSAMENTO.....	III
LISTA DE TABELAS.....	IV
LISTAS DE GRÁFICOS.....	V
LISTAS DE SIGLAS.....	VI
RESUMO.....	VII
1. INTRODUÇÃO	1
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2.1. DEPENDÊNCIA QUÍMICA.....	4
2.2. DEPENDÊNCIA QUÍMICA FEMININA.....	5
2.2.1. Conseqüências Clínicas da Dependência Química Feminina	10
2.2.2. Complicações Neuropsiquiátricas da Dependência Química em Mulheres....	11
2.2.3. Comorbidades Psiquiátricas em Mulheres Dependentes Químicas	12
2.2.4. Dependência Química e Peculiaridades do Gênero	12
2.2.5. Dependência Química Feminina e Violência Doméstica/ Estrutura Familiar ..	13
2.2.6. Dependência Química Feminina e Sexualidade	14
2.2.7. Dependência Química Feminina e Complicações Sociais.....	15
3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	16
3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	16
3.2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE E SELEÇÃO DA AMOSTRA.....	18
3.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS.....	20
3.4. RESULTADOS OBTIDOS.....	21

3.4.1. Perfil das Pacientes.....	21
3.4.2. Eficiência de Tratamento	30
3.5. CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA.....	35
4. PROPOSTA DE MODELO EXCLUSIVAMENTE FEMININO.....	37
4.1. CRITÉRIOS PARA INTERNAMENTO.....	38
4.2. CRITÉRIOS PARA NÃO INTERNAMENTO.....	39
4.3. TRATAMENTO PROPOSTO.....	40
4.3.1. Contrato de Trabalho	40
4.3.2. Tempo de Tratamento	40
4.3.3. Atendimento Psiquiátrico	41
4.3.4. Atendimento Medicamentoso	41
4.3.5. Equipe Técnica	43
4.3.6. Atendimento Familiar	45
4.3.7. Grupo Psicoterapêutico	45
4.3.8. Grupos Operativos.....	46
4.3.9. Reunião de Equipe	48
4.4. MODELO GESTÃO – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	48
4.5. UNIDADE HOSPITALAR.....	50
4.5.1. HISTÓRICO.....	50
4.5.2. ESTRUTURA FÍSICA.....	51
4.6. DISCUSSÕES E SUGESTÕES.....	52
5. CONCLUSÃO.....	53
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	55

1. INTRODUÇÃO

O aumento do consumo e abuso de substâncias psicoativas entre as mulheres tem preocupado trabalhadores de saúde mental e a sociedade. Os fatores que contribuem para a instalação de quadros de dependência química feminina percorrem as peculiaridades do gênero, bem como os fatores da inserção social e no mercado de trabalho; a igualdade e/ou inversão de papéis no comando familiar e questões de ordem afetiva como a violência doméstica, desagregação familiar e separações freqüentes.

A dependência química feminina apresenta características diferentes da masculina. A complexidade da dinâmica psíquica feminina e sua dimensão supõem que, para a eficácia do tratamento, haja exclusividade no atendimento, de maneira a contemplar a superação de barreiras, tais como: a vergonha, a maternidade, a vida conjugal, a carência de recursos, a superação de sintomas de depressão, ansiedade, irritabilidade e o estigma social.

As unidades de internamento para dependentes químicos comportam tratamentos específicos, que englobam uma abordagem diferenciada dos tratamentos para outros tipos de transtornos. As pacientes internadas nas unidades do Hospital Colônia Aduino Botelho apresentam transtornos psicóticos, onde se incluem quadros de alucinações, ideação delirante, episódios de agitação psicomotora com liberação de auto e hetero-agressividade, comportamentos bizarros e desagregação do pensamento. As pacientes portadoras de dependência química são minorias nestas unidades, não apresentam distúrbios como os citados acima, a não ser, no caso de coexistência de outros transtornos psiquiátricos.

Quando internadas em unidades que tratam de outros transtornos mentais, as mulheres dependentes químicas apresentam dificuldades de integração na unidade.

O tratamento para dependência química engloba a utilização de terapêuticas diferenciadas que não estão presentes nestas unidades, de forma que as pacientes dependentes químicas apresentam dificuldades de adesão ao tratamento. Fato que, por sua vez é ponto crucial para o mesmo e a continuidade do atendimento em nível extra-hospitalar. Desta forma, o internamento termina por ter um resultado oposto ao desejado, o que ocasiona riscos de a paciente retornar ao uso de substâncias psicoativas, forçando a repetidos internamentos.

A ineficiência deste internamento com tratamento inadequado reflete-se em prejuízos pessoais para a paciente, que, permanecendo em unidade não específica, esta fica irritadiça, ansiosa, e, em razão de seu distúrbio, manipula outras pacientes (muitas com déficit cognitivo), provocando agitações, desentendimentos. Por conseguinte, desviando o foco do tratamento, de maneira a dificultar o resgate de seu potencial de saúde mental dificultando a sua inserção social e familiar.

Ademais, a impotência da equipe técnica, gera conflito entre as ações terapêuticas contidas no programa da unidade e ainda nas necessidades das pacientes dependentes químicas. As ações terapêuticas destinadas para o alcance dos objetivos do tratamento da dependência química e dos distúrbios mentais de outra ordem são diferenciadas.

Em uma unidade exclusiva, o tratamento prevê estes riscos, de maneira a estimular a paciente a enxergar a si mesma, sua doença e a necessidade de tratamento, evitando prejuízos para a estrutura familiar, auto-estima e andamento da vida cotidiana.

Dependentes de substâncias psicoativas em período de desintoxicação demandam colocação de limites físicos e paralelamente, é necessário que tomem consciência de sua dependência e da importância de se engajarem em um tratamento ambulatorial e de controle de recaídas. Essa é uma das fases mais difíceis e decisivas do tratamento, pois a partir deste primeiro contato com a realidade individual, com a sua própria verdade, é que a paciente estará preparada para o enfrentamento da continuidade do tratamento.

Devido à inadequação do tratamento, seja ambulatorial ou de internamento integral, o Sistema de Saúde acaba por ficar sobrecarregado com o acúmulo de intercorrências de fatores complicadores da dependência química como: diabetes, hipertensão, cirrose hepática, úlceras gástricas, varizes esofágicas, quadros depressivos graves, problemas ginecológicos e outras alterações clínicas, de maneira a produzir uma espécie de “cronificação” destas usuárias nos serviços de saúde.

O presente trabalho analisa a necessidade de implantação de uma unidade de internamento exclusivamente feminina, destinada à dependência química no Hospital Colônia Adauto Botelho.

Para tal intento, realizou-se pesquisa documental a fim de identificar o perfil das pacientes que foram atendidas nas unidades destinadas a tratamento de outros transtornos, verificação da adesão ao tratamento, evolução e reinternamentos. Além disso, faz-se a proposta de desenvolver um projeto de tratamento adequado com vistas à mudança da realidade e a busca de uma melhoria na qualidade do atendimento prestado a estas pacientes.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na fundamentação teórica busca-se um entendimento da dependência química e na relação ao gênero, suas conseqüências clínicas, complicações neuropsiquiátricas, psicológicas, peculiaridades do gênero, violência domestica, estrutura familiar, sexualidade e as complicações sociais de dependência química feminina.

2.1. DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A dependência de substâncias psicoativas é uma doença crônica. Fatores genéticos, psicosociais e ambientais importantes influenciam o desenvolvimento e a manifestação dos sintomas. É uma doença progressiva e fatal, caracterizada pela falta de controle do consumir a substância e é imprescindível que haja um diagnóstico adequado para a correta e imediata intervenção.

Tanto para homens, quanto para mulheres, o diagnóstico em dependência química obedece a características clínicas previstas no Código Internacional de Doenças (CID - 10,1993) e que devem ser consideradas a fim de evitar internamentos desnecessários ou condutas clínicas inadequadas. Estes sinais ou sintomas devem ser considerados, avaliados e, baseado neles, verificar a indicação ou não do internamento. São considerados dependentes os pacientes que apresentarem três ou mais sintomas dos abaixo:

CID-10 – Critérios para dependência de substâncias:

O diagnóstico de dependência deve ser feito se 3 ou mais dos seguintes critérios são experienciados ou manifestados durante o ano anterior:

1. Um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
2. Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de início, término ou níveis de consumo.
3. Estado de abstinência fisiológica, quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para a substância ou o uso da mesma substância (ou de uma intimamente relacionada) com a intenção de aliviar ou evitar os sintomas de abstinência.
4. Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas (exemplos claros disto são encontrados em indivíduos dependentes de álcool e opiáceos, que podem tomar doses diárias suficientes para incapacitar ou matar usuários não tolerantes).
5. Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso de substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.
6. Persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como dano: ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estado de humor depressivo conseqüentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado com a droga. Deve-se fazer esforços para determinar se o usuário estava realmente (ou se poderia esperar que estivesse) consciente da natureza e extensão do dano (CID 10, 1993, p. 74-75)

Além da definição de dependência, pode ocorrer, paralela ou exclusivamente, o uso nocivo de substâncias psicoativas, que têm ou não, a critério médico, indicação para internação. Este uso nocivo é igualmente descrito no CID 10.

CID-10 Critérios para uso nocivo de substâncias

1. O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário.
2. Padrões nocivos de uso são freqüentemente criticados por outras pessoas e estão associados a conseqüências sociais adversas de vários tipos.
3. Uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um distúrbio psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de drogas ou álcool está presente (CID 10, 1993, p. 74)

2.2. DEPENDÊNCIA QUÍMICA FEMININA

Universalmente, existem relatos do uso de álcool há 250.000 anos atrás e também alguns derivados opióides desde 3000 anos a.C. Há relatos de 5000 anos acerca do uso de folhas de coca. A *cannabis sativa* é uma das mais antigas plantas cultivadas pela espécie humana originária da Ásia Central, sendo conhecida na China há aproximadamente 5000 anos. Na metade do século XVIII, o alcoolismo foi

tratado pela primeira vez como uma doença, já a toxicomania foi assim definida apenas no final do século XIX.

No que se refere aos estudos sobre abuso de álcool e drogas em mulheres, estes somente foram iniciados há 50 anos e as abordagens terapêuticas apenas há 20 anos. Isso se deve ao fato de que a dependência química feminina era, até então, um fenômeno “escondido” na maioria dos países do mundo e mesmo algumas pesquisas desenvolvidas nesta área demonstraram ser pouco representativas devido à escassez de dados, uma vez que existia na época uma predominância masculina maior do que atualmente no uso de substâncias psicoativas.

O impacto social do uso abusivo de substâncias psicoativas em mulheres leva a crer que a carência de dados para pesquisas justifica-se pela função social feminina e o aparecimento tardio do problema, o qual somente foi efetivado após a entrada da mulher no mercado de trabalho e sua participação nos movimentos sociais, políticos e econômicos.

Nos Estados Unidos, um amplo estudo realizado nos anos 1990, o National Comorbidity Survey, apontava que para a dependência de álcool, a proporção era de 20,1% de homens e de 8,2% de mulheres, o que significa uma razão de 2,4 homens para cada mulher. Para outras drogas a proporção era de 9,2% homens e de 5,9% de mulheres, uma razão aproximada de 1,5 homens para cada mulher. No Brasil, em um levantamento populacional realizado em 2001, CARLINI e cols. verificaram uma prevalência para dependência de álcool em 17,1% homens, para 5,7% mulheres, o que significa uma razão de 3:1. Um estudo recente das Nações Unidas observou que a proporção de mulheres que fazem uso de drogas pode ser extremamente variada dependendo da região, pode ser menor que 10% em algumas sociedades da Ásia Ocidental, cerca de 20% na América Latina e até 40% nos Estados Unidos e em alguns países europeus (SILVEIRA e MOREIRA, 2006, p. 289).

De acordo com GALDURÓZ *et al*, (2004, p.5-6), “há necessidade de se dar mais ênfase aos estudos epidemiológicos no Brasil, não só com a ampliação, como também a renovação sistemática dessas pesquisas. O álcool, certamente contribui

fortemente na etiologia e manutenção de vários problemas sociais, econômicos, e de saúde enfrentados em nosso país”.

As mulheres dependentes de substâncias psicoativas compõem uma população heterogênea, influenciada por fatores demográficos, (idade, estado civil, ocupação, etnia e outros) integrados com fatores pessoais (ligados à estrutura psicológica e de personalidade); socioculturais; predisposição genética e outros que vão determinar os riscos, desencadeamento e evolução do quadro de dependência.

São fatores de risco para o desenvolvimento e problemas de dependência em mulheres: histórico familiar positivo; problemas de comportamento na infância relacionados ao controle de impulsos; uso precoce de substâncias psicoativas; respostas inadequadas de manejo de situações estressantes ao longo da vida; depressão; divórcio, separação; coabitação; parceiro com história de abusos de substâncias; trabalho em ambiente essencialmente masculino e disfunção sexual entre outros (EDWARDS et al, 2005, p. 154).

O Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas do Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina (CEBRID), é hoje a instituição que mais realiza pesquisas sobre dependências químicas.

Por meio das tabelas 1 e 2, percebe-se o elevado número de mulheres que consomem álcool em relação aos homens, ou seja, a predominância masculina ainda permanece, porém o índice de consumidoras pode ser considerado alto a ponto de ser necessária a implementação de uma política pública que atenda exclusivamente esta demanda.

Tabela 1 – Uso na vida de álcool, distribuídos segundo o sexo e as faixas etárias dos 8.589 entrevistados, nas 107 cidades do Brasil, com mais de 200 mil habitantes em 2001.

Faixa Etária	Observado	Intervalo de Confiança 95%
Anos/Sexo	%	
12 a 17	48,3	(43,0 – 53,7)
M	52,2	(47,9 – 56,5)
F	44,7	(40,2 – 49,1)
18 a 24	73,2	(68,4 – 78,1)
M	78,3	(75,2 – 81,0)
F	68,2	(65,1 – 71,3)
25 a 34	76,5	(72,0 – 81,0)
M	85,6	(83,1 – 88,0)
F	67,6	(64,7 – 70,5)
35 acima	70,1	(67,2 – 73,1)
M	82,1	(80,3 – 83,9)
F	59,5	(57,6 – 61,4)
TOTAL	68,7	(63,8 – 73,6)
M	77,3	(72,2 – 82,4)
F	60,6	(56,4 – 64,8)
	População estimada (em milhares)	Intervalo de Confiança 95%
12 a 17	3.628	(3.229 – 4.026)
M	1.920	(1.761 – 2.080)
F	1.708	(1.539 – 1.876)
18 a 24	6.767	(6.322 – 7.212)
M	3.610	(3.468 – 3.752)
F	3.157	(3.014 – 3.300)
25 a 34	8.150	(7.672 – 8.629)
M	4.537	(4.409 – 4.665)
F	3.613	(3.458 – 3.768)
35 acima	13.779	(13.200 – 14.358)
M	7.585	(7.415 – 7.754)
F	6.195	(5.995 – 6.394)
TOTAL	32.324	(30.015 – 34.633)
M	17.651	(16.490 – 18.812)
F	14.673	(13.648 – 15.697)

Fonte: CEBRID (2001)

Nota: Algumas vezes a soma dos milhares entre homens e mulheres não totalizam, pois os dados são resultados de fórmulas aplicadas separadamente. As estimativas são obtidas através de ponderação por idade e por sexo.

Tabela 2 – Prevalência de dependentes de álcool, distribuídas segundo o sexo e as faixas etárias dos 8.589 entrevistados, nas 107 cidades, com mais de 200 mil habitantes, 2001.

Faixa Etária	Observado	Intervalo de Confiança 95%
Anos/Sexo	%	
12 a 17	5,2	(3,2 – 7,1)
M	6,9	(4,7 – 9,1)
F	3,5	(1,9 – 5,1)
18 a 24	15,5	(12,8 – 18,2)
M	23,7	(20,5 – 26,8)
F	7,4	(5,6 – 9,1)
25 a 34	13,5	(11,2 – 15,9)
M	20,0	(17,3 – 22,8)
F	7,1	(5,5 – 8,7)
35 acima	10,3	(8,9 – 11,7)
M	16,1	(14,4 – 17,9)
F	5,1	(4,3 – 7,1)
TOTAL	11,2	(9,1 – 13,3)
M	17,1	(14,4 – 19,7)
F	5,7	(4,3 – 7,1)
	População estimada (em milhares)	Intervalo de Confiança 95%
12 a 17	387	(240 – 533)
M	253	(172 – 334)
F	233	(71 – 196)
18 a 24	1.432	(1.180 – 1.683)
M	1.091	(944 – 1.237)
F	341	(260 – 421)
25 a 34	1.441	(1.190 – 1.693)
M	1.061	(915 – 1.207)
F	380	(295 – 465)
35 acima	2.024	(1.746 – 2.301)
M	1.491	(1.328 – 1.653)
F	533	(444 – 623)
TOTAL	5283	(4.293 – 6.273)
M	3.896	(3.298 – 4.494)
F	1.387	(1.048 – 1.726)

Fonte: CEBRID (2001)

Nota: Algumas vezes a soma dos milhares entre homens e mulheres não totalizam, pois os dados são resultados de fórmulas aplicadas separadamente. As estimativas são obtidas através de ponderação por idade e por sexo.

2.2.1. Conseqüências Clínicas da Dependência Química Feminina

No aspecto biológico, existem diferenças, por exemplo: As mulheres têm maior quantidade de gordura corporal, que associada ao metabolismo hepático, faz com que desenvolvam certo grau de intoxicação com menor quantidade de álcool, e outras de ordem hormonal e fisiológica, que não devem ser desprezadas para uma proposta de tratamento adequado.

Embora as mulheres comecem a beber excessivamente mais tarde que os homens a forma como metabolizam o álcool parece pô-las em maior risco de desenvolverem complicações físicas mais precocemente que eles. Há evidências de uma relação entre consumo de álcool e câncer de mama. O beber excessivo e crônico é ainda associado com inibição de ovulação, infertilidade e diversos problemas ginecológicos e obstétricos. O consumo pesado de álcool durante a gravidez está associado a abortos espontâneos, retardo no crescimento intra-uterino, síndrome alcoólica fetal e efeitos fetais do álcool. O excesso de bebida também leva a uma diminuição da libido e foi relacionado à menopausa precoce. Portanto, os programas de tratamento devem dar especial atenção à saúde física das mulheres e a seu estado durante a gravidez. Mulheres com problemas apresentam mortalidade elevada em comparação com a população geral e com homens que bebem pesadamente álcool (EDWARDS et al, 2005, p.156).

BLUME (1997), RANDALL *et al* (1999) citados por EDWARDS *et al*, (2005, p.156) chamam a atenção para o “efeito telescópio”, que descreve a forma rápida e evidente com que as mulheres metabolizam o álcool no organismo e as colocam em riscos maiores de desenvolverem complicações físicas do que os homens. Estas incluem doenças hepáticas, cardiomiopatias, miopatias, lesão cerebral e também existem evidências da relação do álcool com o câncer de mama e osteoporose. A cronicidade no consumo de álcool e outras drogas também trás inibição de ovulação, infertilidade e diversos problemas ginecológicos.

2.2.2. Complicações Neuropsiquiátricas da Dependência Química em Mulheres

Segundo EDWARDS et al (2005, p. 96 a 101) algumas complicações neuropsiquiátricas são consideráveis em quadros de intoxicação por substâncias psicoativas como "*dellirium tremens*" que é caracterizado por quadro confusional, rebaixamento da consciência e alucinações vívidas afetando qualquer órgão sensorial, mais o visual e marcadas pelo terror. Agitação psicomotora, insônia, sudorese intensa que ocorrem geralmente na redução da ingestão alcoólica entre 24 e 150 horas após a última dose. Delírios paranóide, alucinações transitórias, alucinose alcoólica e outros transtornos psicóticos induzidos por álcool intoxicação patológicos, crises convulsivas. E o distúrbio mais comum, os "blackousts" (os apagamentos) que são episódios amnésicos induzidos principalmente pelo álcool.

Outro quadro importante a considerar é encefalopatia de Wernicke caracterizada por: confusão/apatia; sonolência; coma/inconsciência; movimentos anormais dos olhos; visão dupla; equilíbrio deficiente. Outro problema que surge após a encefalopatia de Wernicke, é a Síndrome de Korsakoff. Trata-se de distúrbio crônico onde o prejuízo maior afeta a memória recente, causando a confabulação, que vem a ser a criação de respostas prontas e descrições fluentes para compensar lacunas de memória. De acordo com LISHIMAN (1998), citado também por EDWARDS et al (1005, p.101) a confabulação pode ocorrer e desaparecer, o que parece ser mais comum nos estágios iniciais.

2.2.3. Comorbidades Psiquiátricas em Mulheres Dependentes Químicas

Mulheres dependentes de substâncias psicoativas têm altos índices de transtornos psiquiátricos associados. De acordo com REGIER *et al* (1990), citado por EDWARDS *et al* (2005, p. 105), estudo realizado pela Epidemiologic Catchment Área (ECA), demonstrou que 37% dos indivíduos na população em geral que apresentam transtornos com relação ao álcool, também experimentam outro transtorno psiquiátrico. Nas mulheres, ainda de acordo com EDWARDS *et al* (2005, p. 107), a depressão é mais comumente diagnosticada.

Observam-se também em mulheres usuárias, maiores índices de transtornos de ansiedade, disfunção psicosssexual e bulimia (ROSS *et al* 1988), baixa auto-estima (WALITZER E SHER, 1996). Quando comparadas a mulheres sem problemas com dependências de substâncias psicoativas, existe também maior risco de suicídio. Até mulheres sem dificuldades sociais, mas com problemas com álcool, apresentam altos níveis de transtornos de humor e ansiedade no início de seus tratamentos. HAVER *et al* (1995) citado por EDWARD *et al* (2005, p. 112), refere que o stress pós-traumático, que pode ocorrer comumente, é desencadeador de uso nocivo de substâncias psicoativas quando existe a predisposição para a dependência.

2.2.4. Dependência Química e Peculiaridades do Gênero

As diferenças do gênero tomam forma, quando observadas em pesquisas como a realizada por CÉSAR (2005, p. 209) com nove pacientes: Em relação ao local que fazem uso de bebidas alcoólicas, 90% declararam beber na esfera privada e diferenciaram esse comportamento na esfera pública. Cerca de 70%

afirmaram ter sofrido algum tipo de violência física/sexual na infância e/ou adolescência por parte de parente próximo. Acrescente-se ainda que 80% das casadas sofreram violência doméstica e sexual por parte dos companheiros e todas haviam sofrido algum tipo de violência sexual/física na infância ou na adolescência.

A possibilidade de ter controle sobre o beber, foi trazida por 40% das usuárias e entre as situações exemplificadas sobre esse controle, o período de gravidez e amamentação dos filhos foi o ponto comum. Verificou-se maior adesão ao tratamento, após a criação de um espaço de tratamento diferenciado para mulheres.

2.2.5. Dependência Química Feminina e Violência Doméstica/ Estrutura Familiar

Mulheres com problemas de dependência química e/ou alcoólica apresentam maiores índices de abusos na infância, relacionamentos violentos com parceiros. Fatores relacionados a lembranças traumáticas de violência de diferentes tipos vêm a tona durante o período de abstinência. Violência doméstica contra os próprios filhos e outros familiares pelas próprias usuárias são fatores freqüentes de causas de internamentos.

Pesquisas recentes têm aumentado o entendimento dos profissionais de saúde sobre a violência doméstica e suas conexões com o uso, abuso e dependência de substâncias psicoativas, dando-se a oportunidade de utilizar tal entendimento para melhorar a atenção das pacientes afetadas. Esses problemas têm impactos não somente para as pacientes, mas também para seus parceiros, filhos e para os idosos, influenciando o bem-estar físico e psicológico de toda a família. (ZILBERMAN *et al*, 2005, p. 53)

As questões traumáticas originadas na infância e adolescência ficam, por assim dizer, relegada em segundo plano, quando se tornam necessárias à atuação feminina no gerenciamento da casa, e uma maior dedicação ao trabalho.

Mulheres com problemas com bebidas apresentam maiores índices de abusos sexuais na infância e maior probabilidade de terem sofrido violência física, quer quando crianças, quando adultas. O abuso sexual na infância correlaciona-se fortemente com o desenvolvimento de uso problemático ou dependência de álcool na idade adulta. Porém, um exame mais detalhado da história de vida dessas mulheres, geralmente aponta para outros fatores igualmente envolvidos, tais como mãe fria e distante, um parceiro alcoolista e a crença de que o álcool é desinibidor sexual. A disfunção sexual pode contribuir para a cronicidade do beber excessivo em mulheres. (EDWARDS *et al*, p. 155).

2.2.6. Dependência Química Feminina e Sexualidade

Dificuldades de ordem sexual são freqüentes causas de desenvolvimento de dependências, tendo em vista o efeito relaxante e desinibidor de determinadas substâncias psicoativas sobre o comportamento. De acordo com EDWARDS *et al* (2005, p.155) a disfunção sexual pode contribuir para a cronicidade do consumo de substâncias psicoativas em mulheres e inclusive podem estar associados a comportamentos sexuais de risco, predispondo-as a HIV/AIDS (Vírus da imunodeficiência humana / Síndrome da imunodeficiência adquirida) e a DSTs (Doenças sexualmente transmissíveis).

Assim, é possível avaliar que as questões de ordem afetiva, social e outros fatores de ordem subjetiva, estão mais fortemente ligados ao problema da dependência química em mulheres, bem como o tipo de prejuízo familiar e emocional de forma a influenciar sobremaneira a função feminina no seio familiar. Impossível também desprezar a grande influência da vida conjugal e a forma com que esta é conduzida pelas mulheres, e seus parceiros, demonstrando o conflito cultural que a mulher atual vivencia.

2.2.7 - Dependência Química Feminina e Complicações Sociais

As mulheres fazem uso, de maneira geral, de substâncias psicoativas quando estão sozinhas em casa, o que dificulta a descoberta de sua dependência e aumenta o risco de isolamento social.

Devido a este isolamento, a consequência natural vai de encontro ao desemprego, estigmas e preconceito, de forma a gerar ainda mais conflitos e angústias que acabam por aumentar o comportamento de consumo das substâncias psicoativas. Criando um círculo vicioso de sentimentos negativos e de menos valia, vergonha, desmotivação para os afazeres tanto profissionais, como domésticos e de convivência social.

Conforme cita EDWARDS *et al* (2005, p.157), mulheres com problemas com álcool referem mais problemas conjugais que homens. Os filhos geralmente são cuidados por outras pessoas ou são negligenciados.

Riscos freqüentes de acidentes domésticos e de carro também são observados.

Atualmente, há mais mulheres que vivem de forma independente, possuem carros e dirigem. Estudos recentes relatam um maior risco de acidentes de trânsito para mulheres que bebem e dirigem. A mulher apresenta concentração de álcool no sangue mais alta, comparativamente ao homem, devido a uma atividade diminuída das enzimas gástricas, levando a um estado de intoxicação mais alto de maneira a provocar a diminuição da coordenação e do equilíbrio no tempo de reação e prejuízo da atenção, da percepção e do julgamento, os quais aumentam o risco de ferimento acidental ou acidentes automobilísticos quando na direção (EDWARDS *et al*, 2005, p.157).

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste item apresenta-se como a pesquisa foi caracterizada, o ambiente de pesquisa, a definição da amostra e os procedimentos de execução da investigação.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Ao dar entrada no hospital, a paciente e seus familiares têm uma expectativa acerca do tratamento. Espera-se, a redução de danos, a desintoxicação e principalmente a remissão do comportamento de uso nocivo de substâncias psicoativas.

A idéia defendida é a de que o resultado alcançado nestes internamentos é insatisfatório, ou seja, que o serviço oferecido a estas pacientes não está sendo eficaz. Porém, esta observação não poderia ser devidamente averiguada sem uma avaliação pormenorizada do tratamento, análise do período de internamento, verificação da realidade sócio/psico/familiar das mulheres atendidas no serviço e o relato daqueles profissionais que as atendem.

Seria necessário explorar historicamente, dentro das possibilidades documentais a evolução e avaliação do serviço.

A pesquisa exploratória visa prover o pesquisador de maior conhecimento sobre o tema, ou o problema de pesquisa em perspectiva. Por isso, é apropriada para os primeiros estágios da investigação quando a familiaridade, o conhecimento e a compreensão do fenômeno por parte do pesquisador são, geralmente, pouco ou inexistentes (MATTAR, 1996, p. 18).

A pesquisa exploratória, de acordo com MATTAR, em resumo, pode ser utilizada para os seguintes objetivos:

Familiarizar e elevar o conhecimento e compreensão de um problema de pesquisa em perspectiva;
Auxiliar a desenvolver a formulação mais precisa do problema de pesquisa;

Acumular *a priori* informações disponíveis relacionadas a um problema de pesquisa conclusiva a ser efetuado ou que está em andamento;
Ajudar no desenvolvimento ou na criação de hipóteses explicativas de fato a serem verificados numa pesquisa causal;
Ajudar no desenvolvimento ou criação de questões de pesquisa relevantes para o objetivo pretendido;
Auxiliar na determinação de variáveis relevantes a serem consideradas num problema de pesquisa;
Clarificar conceitos;
Ajudar no delineamento do projeto final da pesquisa;
Verificar se pesquisas semelhantes já foram realizadas, quais os métodos utilizados e quais os resultados obtidos;
Estabelecer prioridades para futuras pesquisas (MATTAR, 1996, p. 19).

Desta maneira, a pesquisa exploratória mostrou-se o tipo mais adequado à realidade do serviço, já que utiliza métodos versáteis e amplos que incluem levantamento de dados de diferentes tipos e permitem a observação e investigação de casos, dados estes presentes nos prontuários estudados.

Diante da realidade sentida, foi necessário o planejamento cuidadoso do método de pesquisa, a fim de se obter maior fidedignidade nas informações, bem como um volume significativo destas, de maneira a obter dados suficientes para comprovar a ineficiência do atual serviço de atendimento de mulheres com problemas de uso nocivo de substâncias psicoativas.

Assim, realizou-se uma pesquisa documental nos prontuários médicos das pacientes com diagnóstico de dependência química e/ou alcoólica, atendida no Hospital Colônia Adauto Botelho a partir de 2004.

A pesquisa documental corresponde a toda a informação coletada, seja de forma oral, escrita ou visualizada. Ela consiste na coleta, classificação e seleção difusa e orientação de toda espécie de informações, compreendendo também as técnicas e os métodos que facilitam sua busca e sua identificação.

Para a pesquisa documental, considera-se documento qualquer informação sob a forma de textos, imagens, sons, sinais em papel/madeira/pedra, gravações, pinturas, incrustações e outros. São considerados ainda documentos oficiais como editoriais, leis, atas, relatórios, ofícios, ordem régia etc., e os documentos jurídicos oriundos de cartórios, registros gerais de falências, inventários, testamentos, escrituras de compra e venda, hipotecas, atestados de nascimentos, casamentos, óbitos, entre outros (FACHIN, 2005, p.146).

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE E SELEÇÃO DA AMOSTRA

O Hospital Colônia Adauto Botelho, ambiente onde se consumou a pesquisa, atende diversos tipos de transtornos psiquiátricos. Todos os pacientes ali atendidos, tem sua evolução e dados devidamente registrados e arquivados individualmente. Em maio de 2007, o hospital contava com 19.569 prontuários referentes aos pacientes que foram internados desde a inauguração do hospital em 1954.

Estabeleceu-se um período de 2004 a abril de 2007, onde foram selecionados 39 prontuários. Esta amostra considerou a efetivação do serviço informatizado que começou a acontecer a partir de 2004, e possibilitou a busca direta, recuperação e seleção da informação por prontuários cujo diagnóstico foi definido como: “Dependência Química ou Alcoólica”.

A manipulação dos prontuários obedeceu ao Termo de Ciência da Direção Técnica/Clínica responsável pelo setor onde foi realizada a pesquisa. Além disso, o Termo de Compromisso para utilização de dados de Prontuários Médicos pelas pesquisadoras. Bem como, respeitados a privacidade e caráter confidencial das informações e identidade das pacientes, conforme determina o Código de Ética Médica, obedecendo a resolução do CFM 1605/00, que normatiza a revelação do sigilo médico.

Os prontuários médicos são únicos, ou seja, cada paciente internada tem um único prontuário que contém informações de identificação, histórico de doenças familiar e medicamentoso, internamentos anteriores e outras informações relevantes. As informações ali contidas descrevem todo o período de internamento da paciente sob o ponto de vista dos diversos profissionais que fazem parte da equipe, a saber: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, terapeuta ocupacional, assistente social, enfermeiro e auxiliares de enfermagem.

As anotações são diárias e permite o acompanhamento de todo o período em que a paciente permanece internada, de maneira a colher todos os dados sobre seu tratamento e histórico.

Os prontuários foram selecionados por ano do último internamento, sendo que aqueles que registravam internamentos anteriores neste mesmo serviço foram computados por número total de dias em que a paciente permaneceu internada, bem como pelo número de internamentos anteriores.

Selecionados os prontuários, os dados consideraram a diversidade de realidade e seus pontos em comum, de maneira a levantar o perfil destas pacientes. Utilizou-se o programa da Microsoft Excel[®] para tabulação dos dados, obtendo-se desta forma um mapeamento objetivo do perfil das mulheres atendidas no serviço. Os resultados permitiram avaliar quantitativa e qualitativamente a realidade da paciente (vida social e familiar) e a realidade do hospital (tratamento e equipe).

Os dados coletados permitiram avaliar diferentes aspectos, divididos em grupos e variáveis segundo tabela 3.

Tabela 3 – Estrutura dos Dados coletados

Perfil da Clientela	Idade Situação Conjugal Tipo de Dependência Violência Doméstica Filhos Dependências na Família Profissão Suicídio Desagregação Familiar
Eficiência do Tratamento	Integração na unidade Consciência da Doença Adesão a tratamento extra-hospitalar Tempo do último internamento Tempo de internamentos anteriores

Fonte: Pesquisa Documental HCAB

3.3. DEFINIÇÃO DE TERMOS

Com a finalidade de filtrar os dados e considerando as diversidades, os termos foram agrupados de maneira a diferenciar o grau de relações parentais, os diversos níveis em que estas ocorrem, os graus e intensidade de conflitos sociais e familiares, bem como os valores individuais de vínculos afetivos.

Para um melhor entendimento e interpretação clara dos dados pesquisados, foram estipulados termos e expressões que definem estes tipos e características.

As dependências foram classificadas em: dependência de álcool ou outras drogas (uso exclusivo, regular e nocivo de álcool ou outras drogas) e múltiplas drogas (álcool, maconha, crack, cocaína e benzodiazepínicos).

Quanto ao tratamento ambulatorial, foram definidos como: “Não adere” aquelas pacientes que apesar de encaminhadas não obtiverem sucesso em suas tentativas de conter o uso de substâncias psicoativas em nível de ambulatório e como “Não” aquelas pacientes que nunca tentaram tratamento extra-hospitalar.

No que se refere à situação conjugal, foram consideradas “casadas” todas as pacientes que têm relação conjugal estável ou em coabitação com um ou mais parceiros.

Foram classificadas como “violência doméstica”, todas as situações verificadas como agressivas seja física ou verbalmente em relação à cônjuge, pais, filhos ou outros que tenham vínculos afetivos ou familiares com as mulheres internadas.

Para a verificação de dependências em outros membros da família, foram considerados dependentes qualquer membro familiar consangüíneo ou não, que faz ou fez uso de substância psicoativa e que convive ou conviveu com a paciente.

Quanto à estrutura familiar foi considerado: “desagregadas” as famílias com separação de pais, irmãos, ou filhos da paciente; abandono ou complicações judiciais de guarda de filhos, filhos criados por parentes ou filhos de pais diferentes sem a estrutura definida de funções paternas ou maternas.

A pesquisa apresentou dados referentes ao suicídio e assim, foi considerada como “ideação suicida” a intenção, idéia ou temor de tentativa de suicídio, narrada pela paciente ou por membro da família.

3.4. RESULTADOS OBTIDOS

A análise dos prontuários permitiu o levantamento de dados referentes ao perfil das pacientes e eficiência de tratamento a que são submetidas nas unidades do HCAB.

3.4.1. Perfil das pacientes

Nos documentos das pacientes foram retirados os dados do perfil a seguir detalhados: idade, situação conjugal, tipo de dependência, violência doméstica, filhos, dependentes na família, profissão, suicídio e desagregação familiar.

a) Idade

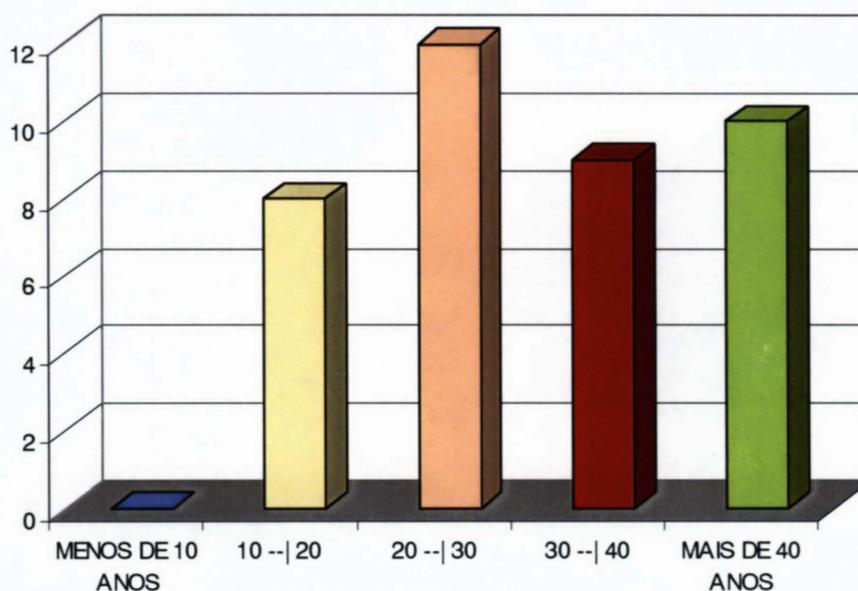
A amostra referente às idades mostrou-se heterogênea, porém, observando uma tendência para internamento de mulheres em vida adulta jovem. Cabe ressaltar que as mulheres com menos de 18 anos eram, em 2004, atendidas em unidade para adolescentes. A partir de 2005, apenas foram atendidas mulheres adultas.

O gráfico 1 evidencia que dos 39 prontuários pesquisados, há predominância de mulheres mais jovens, porém este número permanece equilibrado em torno de 8 a 10 mulheres acima dos trinta anos. Este número reflete a tendência destacada na

literatura, o que conduz à idéia de que a intervenção terapêutica deve iniciar logo que for detectado o problema, com vistas à redução do número de internamento de mulheres com mais de trinta anos.

EDWARDS *et al* (2005, p.154) constatou que “Mulheres mais jovens apresentam maiores índices do hábito de beber excessivamente e de problemas com bebida, do que mulheres mais velhas”.

Gráfico 1 - Idade



Fonte: Documentos HCAB

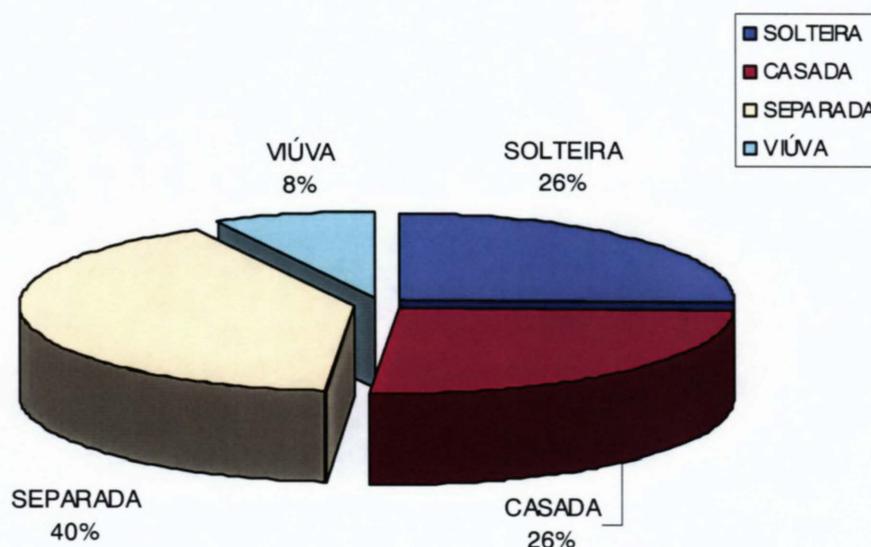
b) Situação conjugal

A tendência maior de incidência de uso nocivo de substâncias psicoativas em mulheres separadas confirma a teoria de EDWARDS *et al* (2005, p.154) de que “O divórcio parece colocar as mulheres sem problemas com bebida, em maior risco de aumentar o seu consumo de álcool”. Porém, a amostra carece de maior investigação

para verificação do período em que as separações se deram e se de alguma maneira estão relacionadas com a dependência química.

No gráfico 2 e tabela 4, nota-se que a maioria dos prontuários pesquisados (40%) eram mulheres separadas e que as solteiras e casadas permaneceram com um índice equilibrado em 26%.

Gráfico 2 – Situação conjugal



Fonte: documentos HCAB

Tabela 4 – Situação Conjugal

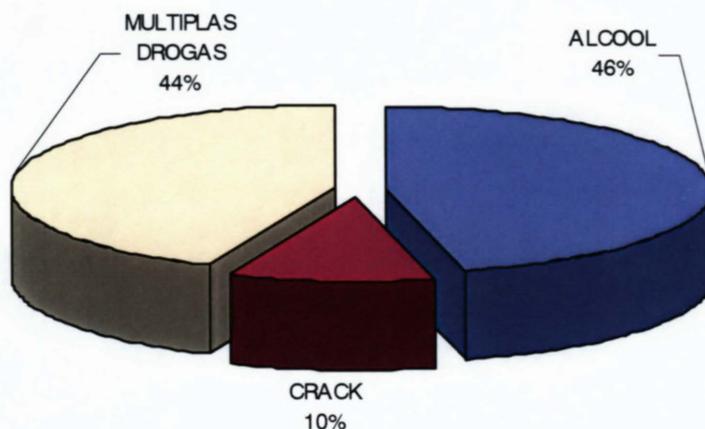
	Freqüência	Probabilidade
SOLTEIRA	10	26%
CASADA	10	26%
SEPARADA	16	41%
VIÚVA	3	8%
	39	100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

c) Tipo de dependência

Foi constatado que nos prontuários pesquisados, o álcool é a droga mais consumida. O álcool é a grande porta de entrada para outras drogas, cujo consumo vem crescendo velozmente de maneira que o gráfico 3 demonstra que 44% dos prontuários pesquisados apontaram para o uso de múltiplas drogas (álcool, maconha, crack, cocaína e benzodiazepínicos) e 46% de uso exclusivo de álcool. Aparece em 10% o consumo isolado de crack. Sendo uma droga barata e que desenvolve rapidamente quadro de dependência é preocupante seu uso pelos graves prejuízos que esta droga pode provocar.

Gráfico 3 - Tipo de Dependência



Fonte: Documentos do HCAB

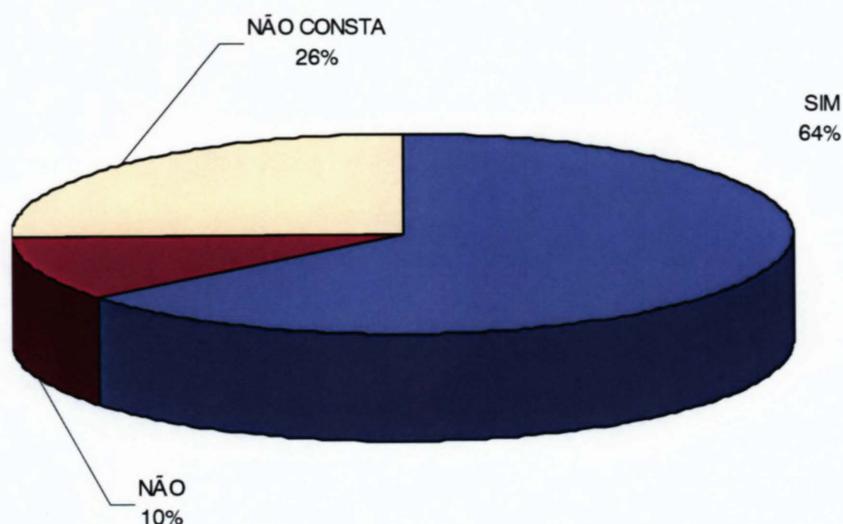
d) Violência doméstica

A alta taxa encontrada na pesquisa, de mulheres vítimas de violência física e/ou sexual correspondente à literatura, apesar da limitação de dados dos prontuários. WINDLE *et al* (1995) E SIMPSON E MILLER (2002), citados por CÉSAR (2006, p. 209), constataram que mulheres dependentes de substâncias

psicoativas têm quatro vezes mais história de abuso sexual na infância que homens e índices altos de violência doméstica.

O gráfico 4 destaca esta evidência apresentando 64% de freqüência de violência doméstica. Este dado, apesar de sua importância para levantar o perfil social e psicológico das mulheres usuárias de substâncias psicoativas, mostrou-se prejudicado pela limitação de dados dos prontuários (26%). Chama a atenção para necessidade de treinamento e capacitação da equipe para o atendimento deste tipo de patologia, já que este dado demonstra a fragilidade da estrutura psicológica e familiar dessas mulheres. Estes fatores são determinantes na condução do tratamento.

Gráfico 4 - Violência Doméstica



Fonte: Documentos do HCAB

e) Filhos

A pesquisa realizada constatou que 62% das mulheres que foram internadas no HCAB têm filhos. Este dado é significativo quando comparados aos altos índices de violência doméstica apresentada (tabela 5) e que permite observar a relação preocupante entre estes dois dados.

Tabela 5 – Filhos

	Freqüência	Probabilidade
SIM	24	62%
NÃO	15	38%
	39	100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

A violência doméstica ocasionada pelo uso de substâncias psicoativas reflete-se diretamente na relação destas mulheres com seus filhos. Problemas com a justiça e necessidade de intervenção dos conselhos tutelares, filhos criados (por outros familiares ou em lares abrigados), abandono, maus tratos e outros problemas de desestrutura familiar são os agravantes que o resultado demonstrado na tabela 6, nos conduz a ponderar.

A probabilidade de uma mulher que tem filhos estar sofrendo ou infligir violência doméstica é de 46%. Apenas 5% das mulheres que apresentaram relato de algum tipo de violência doméstica, não têm filhos.

Tabela 6 – Relação Violência Doméstica e Filhos

	Frequência	Probabilidade
SOFRERAM VIOLÊNCIA E TEM FILHOS	18	46%
SOFRERAM VIOLÊNCIA E NÃO TEM FILHOS	2	5%
OUTROS	19	49%
	39	100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

f) Dependentes na família

Fatores genéticos, ambientais e o vínculo emocional são importantes causas de desencadeamento do consumo e abuso de substâncias psicoativas.

Nota-se na tabela 7, o alto índice de pessoas da família ou de convivência da mulher que também apresentam problemas de dependência de algum tipo de substância psicoativa.

Tabela 7 – Dependências na família

	Frequência	Probabilidade
DIRETA	15	38%
INDIRETA	7	18%
DIRETA E INDIRETA	6	15%
NÃO APRESENTA	3	8%
NÃO CONSTA	8	21%
	39	100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

Familiares diretos (mãe, pai, irmãos, companheiros ou maridos) com comprometimento estão na ordem de 38%, enquanto que os familiares indiretos (primos, tios e outros) apresentam um índice de 18% de probabilidade de dependência.

Destaca-se aqui que as causas do desenvolvimento da dependência estão também diretamente ligadas ao vínculo familiar, também pelo aspecto da convivência e não somente pelos laços genéticos.

O atendimento paralelo às famílias torna-se então um ponto crucial para o sucesso do tratamento. Evidencia-se também aqui limitação de dados de prontuários, denotando novamente a necessidade de treinamento da equipe para uma intervenção mais eficaz no que se refere ao atendimento de familiares.

g) Profissão

Os dados coletados acerca da vida laborativa das pacientes internadas demonstram a tendência citada na literatura (EDWARDS et al, 2005, p. 154) de que mulheres com vínculo empregatício têm menor probabilidade de desenvolver o consumo de substâncias psicoativas. Em contrapartida, nota-se o alto índice de mulheres dependentes não empregadas (26% de desempregadas, 10% na informalidade e 15 % sem profissão definida), em que pese saber que o desemprego pode ser uma consequência do hábito de consumo. Chama também a atenção o índice de comprometimento com substâncias psicoativas (38%) de mulheres cuja ocupação é definida como “do lar”.

Tabela 8 – Profissão

	Frequência	Probabilidade	Média de idade
APOSENTADA	1	3%	38
DESEMPREGADA	10	26%	35
DO LAR	15	38%	33
EMPREGADA	3	8%	33
INFORMALIDADE	4	10%	39
SEM PROFISSÃO	6	15%	15
	39	100%	32

h) Suicídio

Entre mulheres, há maior probabilidade da depressão se associar à cronicidade dos problemas com dependências de substâncias psicoativas. Dados de literatura (HELZER E PRYZBECK, 1988) citados por EDWARDS *et al*,(2005 p.155) demonstram que nas mulheres, a depressão parece preceder os problemas com o álcool, o que raramente acontece em homens.

A pesquisa apresenta um índice de 41% como não consta a informação referente a item suicídio, isso demonstra novamente limitação de dados de prontuários e conduz à constatação da necessidade de capacitação e treinamento da equipe técnica. Mesmo assim, existe uma elevada tendência à ideação (10%) ou tentativa de suicídio (38%), denotando a grande importância do comprometimento emocional da dependente.

Tabela 9 – Suicídio

	Frequência	Probabilidade
IDEAÇÃO	4	10%
TENTATIVA	15	38%
NEGA	4	10%
NÃO CONSTA	16	41%
	39	100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

i) Desagregação familiar

De acordo com os dados colhidos e levando em conta todas as formas de estrutura familiar com vínculo parental ou não, 100% dos prontuários pesquisados apresentaram desagregação familiar. Os dados mais freqüentes foram detalhados como segue:

- filhos (criados por outros familiares, com problemas com o conselho tutelar, abandonados ou vivendo em lares abrigados);
- pais (filhas de pais separados, abandonadas pelos pais ou em conflito com os pais);
- irmãos (irmãos separados ou em conflitos familiares com os pais ou com as pacientes); ou.
- cônjuges (separações freqüentes, duas ou mais uniões conjugais instáveis e outras).

As formas de desestrutura familiar variam muito, mas apresentam-se constantes. Esse índice denota mais uma vez a necessidade da intervenção junto à família e corrobora os dados apresentados anteriormente no que se refere à violência doméstica, comprometimento de outros familiares e separações.

3.4.2. Eficiência de Tratamento

Os dados coletados para a verificação da eficiência do tratamento oferecido para as pacientes internadas no período da pesquisa foram em relação ao tempo de internamento, conscientização da doença, integração na unidade, internamentos anteriores e tratamento extra-hospitalar.

a) Tempo de internamento:

Para a verificação deste dado, foi necessário avaliar o número de internamentos anteriores com vistas à análise geral, ou seja, considerar todos os internamentos e não apenas o último. Assim, levando em conta que existe, na pesquisa bruta grande discrepância entre os tempos de internamento (alguns com menos de 7 dias outros com mais de 60 dias), foi realizado o cálculo médio do tempo em dias.

A tabela 10 indica que pacientes cujo internamento foi o primeiro no HCAB, tiveram a média de 25 dias internadas; aqueles prontuários que referiam haver tido internamentos anteriores no mesmo serviço apresentaram uma média de 34 dias de internamentos.

Compilados também os dados das pacientes internadas no serviço e em outros, a média sobe para 45 dias de internamento e aquelas que tiveram internamentos anteriores apenas em outros serviços, apresentaram média de 32 dias de internamento.

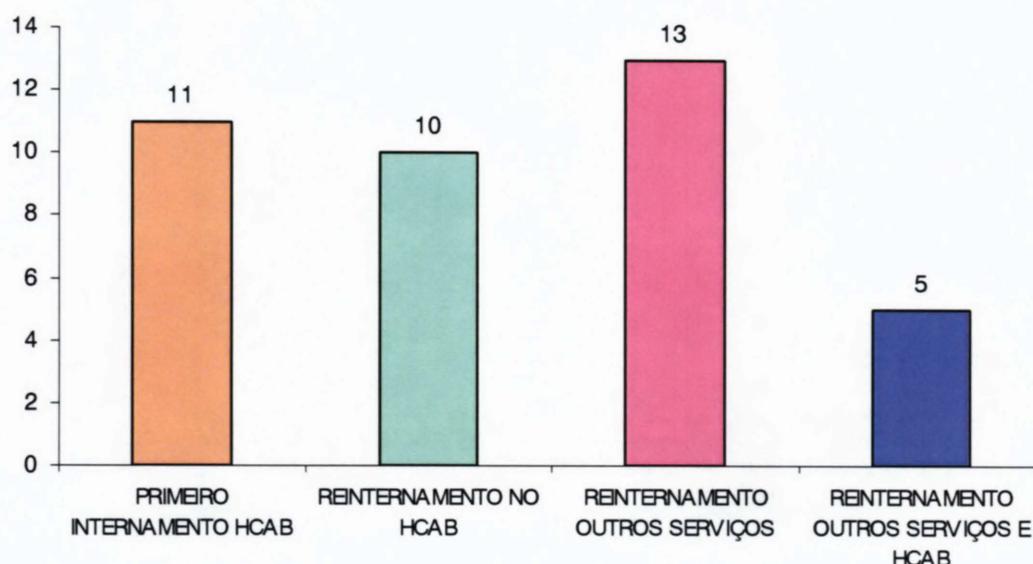
Tabela 10 – Tempo de Internamento

	Freqüência	Tempo médio Internamento	Probabilidade
PRIMEIRO INTERNAMENTO HCAB	11	25	28%
REINTERNAMENTO NO HCAB	10	34	26%
REINTERNAMENTO OUTROS SERVIÇOS	13	32	33%
REINTERNAMENTO OUTROS SERVIÇOS E HCAB	5	45	13%
	39	34	100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

O gráfico 5 demonstra a tendência à cronificação que repetidos internamentos ocasionam, evidenciada pelo aumento do tempo de internamento das pacientes com internamentos anteriores.

Gráfico 5 - Tempo de Internamento



Fonte: Documentos do HCAB

Pacientes cujo internamento foi o primeiro, permaneceram cerca de 25 dias internadas. Este número sobe e permanece estável em 30 a 35 dias para as pacientes que foram reinternadas apenas no HCAB, ou que tiveram internamentos anteriores apenas em outros serviços e sobe ainda mais (45 dias) para aqueles quadros de repetidos internamentos em outros serviços e no HCAB, evidenciado a tendência à cronificação em serviços hospitalares psiquiátricos.

Ressalta-se que os internamentos computados são apenas os ocorridos em clínicas ou hospitais psiquiátricos em unidades não exclusivas para dependência

química. Excluindo-se então eventuais internamentos para intervenções clínicas ou cirúrgicas.

b) Conscientização da doença

Quando internadas, as pacientes com dependência química necessitam reconhecer sua doença e perceber a importância da continuidade do tratamento em ambiente extra-hospitalar.

As pacientes atendidas no período da amostra foram internadas, como anteriormente ditas, em unidades preparadas para tratamento de outros transtornos psiquiátricos.

A tabela 11 demonstra a importante falha neste quesito, onde 87% das pacientes saem do hospital sem reconhecer que sofrem de uma doença crônica. Este número comprova a falha na eficácia do tratamento, mesmo considerando forte mecanismo de negação característico do quadro de dependência química.

Tabela 11 – Conscientização da Doença

	Freqüência	Probabilidade
SIM	05	13%
NÃO	34	87%
		100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

c) Integração na unidade

Constata-se na tabela 12, que a diferença de patologia entre as pacientes internadas, ocasiona o isolamento das dependentes de substâncias psicoativas (90%). Este isolamento é caracterizado pela ausência de atividades realizadas em grupo, dificuldades em trocar idéias e experiências com outras pacientes e também pela posição de “comando” e liderança na unidade, de forma a dificultar o inter-relacionamento entre pacientes e equipe, já que esta não está voltada para atendimentos e ações terapêuticas específicas em dependência química.

Tabela 12 – Integração na Unidade

	Freqüência	Probabilidade
SIM	04	10%
NÃO	35	90%
		100%

Fonte: Pesquisa documental HCAB

d) Internamentos anteriores / Tratamento extra-hospitalar

A ineficácia do internamento se reflete na continuidade deste em nível extra-hospitalar. Conforme a tabela 13 indica, as pacientes que apresentaram reinternamento não aderem, em sua maioria (96%), ao tratamento ambulatorial. E ratifica as tabelas anteriores (tabelas 11 e 12 e o gráfico 5). Este item foi relacionado apenas às pacientes com história de internamentos anteriores (72%), considerados globalmente (outros serviços e HCAB), já que o encaminhamento para atendimento extra-hospitalar é feito após o internamento psiquiátrico.

Tabela 13 – Internamentos Anteriores

	Frequência	Probabilidade	Não adere
SIM	28	72%	96%
NÃO	11	28%	-
	39	100%	

Fonte: Pesquisa documental HCAB

3.5. CONSIDERAÇÕES SOBRE A PESQUISA

Durante o desenvolvimento da pesquisa, encontraram-se inúmeras dificuldades na análise de prontuários com dados incompletos, vagos ou mal interpretados. Apesar desta dificuldade, foi possível a coleta de uma gama rica e variada de informações que vem abrir um novo espaço de pesquisa, capaz de analisar sob vários aspectos a problemática da dependência química em mulheres.

A possibilidade de novas pesquisas e as informações que delas derivam, fornecem um arsenal importante de dados para a definição de novos programas de políticas públicas voltadas para o problema do uso e abuso de substâncias

psicoativas, tanto no âmbito ambulatorial, social e hospitalar, bem como a melhoria da qualidade do conhecimento científico acerca do problema.

A inexistência de dados importantes nos prontuários evidencia na compilação a necessidade de treinamento das equipes de triagem. Principalmente, quanto ao cuidado durante o tratamento para abordagem de assuntos constrangedores para as pacientes com dependência química. Estas muitas vezes sentem vergonha, temor de julgamento, preconceito e o estigma social ainda presente impedem a paciente de relatar espontaneamente estes problemas. Por exemplo, o ocorrido nos itens “violência doméstica” e “suicídio” que se caracterizam fatores graves relacionados ao uso nocivo de substâncias psicoativas.

4. PROPOSTA DE MODELO EXCLUSIVAMENTE FEMININO

A pesquisa constatou nos dados coletados nos documentais todas as peculiaridades, diferenças biológicas, sociais, afetivas, e a dificuldade de um tratamento misto, seja ele unicamente feminino, mas em unidades para outros transtornos ou misto específico, ou seja, juntamente com dependentes químicos masculinos. Tendo como base fundamental a necessidade sentida pelos profissionais foi desenvolvido um modelo de tratamento que vise contemplar as necessidades clínicas, psiquiátricas e principalmente emocionais e familiares da mulher dependente ou usuária de substâncias psicoativas.

É fundamental que a abordagem não seja dirigida somente para a dependência, mas sim, que seja centrada na complexidade da vida da mulher. Nessa perspectiva, a construção da identidade pessoal, a baixa auto-estima, o desenvolvimento de relações interpessoais positivas, a interação mãe e filho, o entendimento dos conflitos, a abordagem dos sentimentos de ansiedade e depressão e das tentativas de automedicação e o treinamento vocacional são componentes fundamentais. Programas exclusivos para mulheres devem preocupar-se muito mais com o fato das pacientes serem mulheres do que propriamente drogadictas (SILVEIRA e MOREIRA, 2006, p. 291).

O programa terapêutico da unidade promoverá a desintoxicação e minimização dos efeitos nocivos da dependência química de forma a proporcionar à mulher um espaço capaz de atender, sem preconceitos, suas necessidades de tratamento. Propõe-se devolver a ela a oportunidade de desfrutar de sua vida pessoal, social e profissional com qualidade, bem como, proporcionar orientação para a família e posterior encaminhamento para tratamento na rede pública (Hospital Dia, CAPS, Ambulatórios) e outros serviços.

4.1. CRITÉRIOS PARA INTERNAMENTO

Pacientes de Curitiba e da Região Metropolitana que são as referências do H.C.A.B., encaminhados pelas Unidades de Saúde, unidades 24h e/ou Centro Psiquiátrico Metropolitano com laudo médico de solicitação da internação.

Os Critérios para internamento serão aqueles em que fica caracterizada a Síndrome de Dependência, que é conceituada como:

Conjunto de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao forte desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das conseqüências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância à droga e por vezes a um estado de abstinência física (CID 10, 1993, p.75).

Justifica-se o internamento pelos critérios igualmente descritos no CID 10 como Síndrome (estado) de abstinência, a saber:

Conjunto de sintomas que se agrupam de diversas maneiras e cuja gravidade é variável, ocorre quando de uma abstinência absoluta ou relativa de uma substância psicoativa consumida de modo prolongado. O início e a evolução da síndrome de abstinência são limitados no tempo e dependem da categoria e da dose da substância consumida imediatamente antes da parada ou da redução do consumo. A síndrome de abstinência pode complicar-se pela ocorrência de convulsões (CID 10, 1993, p.76).

De acordo EDWARDS *et al* (2005, p.225), considera-se condição para internamento, o histórico de “delirium tremens” ou de convulsões durante a abstinência, fracasso na tentativa anterior de desintoxicar sem internamento e falta de apoio familiar.

Também poderão submeter-se a tratamento, aquelas pacientes que apresentarem quadro compatível com Transtorno Psicótico, assim descrito na mesma bibliografia especializada:

Conjunto de fenômenos psicóticos que ocorrem durante ou imediatamente após o consumo de uma substância psicoativa, mas que não podem ser explicados inteiramente com base numa intoxicação aguda e que também não participam do quadro de uma síndrome de abstinência. O estado se caracteriza pela presença de alucinações (tipicamente auditivas, mas freqüentemente polissensoriais), de distorção das percepções, de idéias delirantes (freqüentemente do tipo paranóide ou persecutório), de perturbações psicomotoras (agitação ou estupor) e de afetos anormais, podendo ir de um medo intenso ao êxtase (CID 10, 1993, p.78).

A clientela constitui-se basicamente de mulheres, cuja indicação de internamento ocorre voluntariamente (por vontade própria) e involuntariamente (emergência médica, risco de vida da paciente ou daqueles que a cercam) de pacientes portadoras de transtornos relacionados à dependência química, obedecendo aos critérios do CID 10 e que apresentem quadros compatíveis com diagnósticos de F10.0 a F19.9 (transtornos mentais e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas).

4.2. CRITÉRIOS PARA NÃO INTERNAMENTO

Observando que o serviço somente poderá prestar cuidados para os quais esteja primordialmente capacitado, é necessário que haja uma especial atenção na triagem para admissão de usuárias. Esta deverá ser feita pelo médico plantonista clínico e/ou psiquiatra no momento do internamento, com a participação e orientação do acompanhante ou familiar, com os devidos esclarecimentos.

Não poderão submeter-se ao tratamento, casos onde as pacientes apresentem problemas clínicos graves que as impeçam de participar das atividades da unidade ou que caracterizem emergências clínicas. Nestes casos as pacientes deverão ser encaminhadas para serviço clínico adequado e após a compensação do quadro poderão se possível, retornar ao hospital para dar prosseguimento ao tratamento.

4.3. TRATAMENTO PROPOSTO

Um tratamento exclusivamente feminino, conta com atendimentos comuns à dependência e específicos no que se refere à feminilidade e às peculiaridades anteriormente descritas. Este inclui vários itens diferenciados que visam contemplar as necessidades da abordagem de maneira a atingir os objetivos a que se propõe.

Para o alcance destes objetivos, é necessária a realização de um Plano Terapêutico Individual, que será esquematizado a partir de reunião realizada com a paciente e toda a equipe, onde serão avaliados as necessidades, habilidades e anseios da usuária, de maneira a contemplar as necessidades individuais e de tratamento possível.

4.3.1. Contrato de Trabalho

Antes de iniciar o tratamento é fundamental um contrato claro que envolva a paciente e sua família. Este contrato é um compromisso verbal e esclarecido entre todos os envolvidos no tratamento (paciente, equipe, família ou outros) de maneira a esclarecer às condições do tratamento, as propostas terapêuticas, a participação ativa e o envolvimento de todos para realização de um processo integrado e eficaz.

4.3.2. Tempo de Tratamento

A participação da paciente no programa de desintoxicação será sempre voluntária. Se não houver desejo de continuidade, a paciente sairá por alta, respeitando um período mínimo de 48 horas.

O tempo de tratamento desenvolve-se em etapas:

Desintoxicação aguda: Período de 48 horas, tempo necessário para a recuperação inicial da paciente dos sintomas de desintoxicação.

O tratamento proposto tem a duração média de 15 dias.

Pacientes cuja recuperação tenha lenta resposta devido à idade e ao grau avançado da dependência, requerem período maior para recuperação.

Outros critérios que poderão prolongar o tempo de internamento: médicos, de equipe, judiciais e sociais graves.

4.3.3. Atendimento Psiquiátrico

O atendimento pode ser individual ou grupal, três vezes na semana com objetivo da promoção da abstinência associada à melhoria da qualidade de vida, identificação de quadros psiquiátricos associados, abordagem das questões relativas à auto-estima, assertividade, situação ocupacional e outras relacionadas à feminilidade, como a maternidade, sexualidade, relacionamento conjugal e com os filhos.

4.3.4. Atendimento Medicamentoso

Obedece ao protocolo clínico do HCAB (2006 p. 56), que por sua vez é baseado na portaria nº 2.197 / GM de 14/10/0, que institui no âmbito do SUS, o programa de Atenção Integral a Usuário de Álcool e outras Drogas.

A síndrome de abstinência nível I (leve a moderada) por álcool, apresenta sintomas característicos como irritabilidade, insônia, tremores, febre, desorientação e alucinações.

A conduta de rotina inclui o controle de sinais vitais, dieta leve, incentivo à hidratação oral e repouso relativo.

A medicação utilizada nestes casos é a Tiamina 100mg, um frasco intramuscular ao dia, por três dias; Tiamina 300mg um comprimido (via oral) por dia

enquanto durar o tratamento ou sob critério médico e Diazepan 10mg (via oral) de 12 em 12 horas por dois dias ou sob critério médico.

A síndrome de abstinência de nível II (grave – “*delirium tremens*” por álcool) apresenta como sintomas a confusão profunda, tremores grosseiros e alucinações visuais aterrorizantes.

A conduta de rotina inclui o controle de sinais vitais, repouso absoluto, dieta leve ou jejum e igualmente o estímulo à hidratação oral. A medicação rotineira prescrita é a Tiamina 100mg (uma ampola intramuscular) por cinco dias; Tiamina 300mg um comprimido por dia enquanto durar o tratamento ou sob critério médico; Complexo B 1 comprimido (via oral) de oito em oito horas, enquanto durar o tratamento ou sob critério médico; e Diazepan 10mg (via oral) de quatro a seis comprimidos ao dia, sendo a continuidade da posologia a critério médico.

São necessárias medidas de precaução tais como: não hidratar indiscriminadamente a paciente, não administrar glicose sem uso concomitante de Tiamina IM, não usar Clorpromazina ou Hidantoína em caso de agitação e sim fazer a opção por Haloperidol intramuscular.

A síndrome de abstinência por outras drogas, tem como rotina de conduta o controle de sinais vitais; dieta leve; repouso relativo, bem como a medicação necessária para que se mantenha a paciente em grau leve de sedação de forma a minimizar sintomas de ansiedade, agressividade e insônia. Nestes casos, a opção mais utilizada é a administração por via oral de Carbamazepina de 400mg a 1200mg dia, Amitriptilina 75mg a 150mg dia, a Clorpromazina de 100mg a 800mg por dia e o Diazepan de 10mg a 30mg dia.

4.3.5. Equipe Técnica

A hospitalização é um fator de insegurança por si só e pode desenvolver os mais diferentes sentimentos. A grande maioria das pacientes vem de uma desestruturação familiar e social e estão carentes de um ambiente acolhedor e continente. Nesse sentido, a equipe deverá ter uma identidade profissional própria e uma delimitação clara, porém, com sensibilidade e flexibilidade nos campos de atuação.

Para que esse objetivo seja atingido é necessário que aconteçam encontros semanais para avaliação da atuação geral do grupo, e de cada elemento, no cumprimento de seu papel terapêutico.

Outra característica que é frisada por diferentes autores é a necessidade de uma equipe predominantemente feminina. POWIS et al,(1996), citado por BRASILIANO (1999, p. 48) identificam este como um dos fatores que atrai as mulheres dependentes ao tratamento, aumentando a sua adesão. A equipe feminina poderia servir como um modelo positivo para as participantes do programa, fornecendo o suporte necessário para a internalização de novos papéis.

De acordo com BRASILIANO (1999, p. 43), neste sentido, os tratamentos específicos obteriam melhores resultados, pois permitem a intervenção em questões potencialmente conflitivas, como: interação mãe/filho, habilidades cotidianas, complicações médicas próprias da mulher e falta de treinamento vocacional.

As equipes terapêuticas interdisciplinares são frutos da proposta de modernização da assistência psiquiátrica. Essas equipes são compostas por elementos de várias categorias profissionais com formação diversas que priorizam uma horizontalidade nas ações e busca constante de consenso.

Uma equipe interdisciplinar psiquiátrica, com objetivo assistencial, dispõe de um recurso que é o contato e o vínculo com o paciente, o que facilita compreender os sinais e sintomas da doença. Por isso, os profissionais devem estar interconectados com visões semelhantes acerca de saúde, doença e pacientes, para que haja uma maior eficiência no tratamento.

Sabe-se que desacordos são constantes e inevitáveis entre os elementos de uma equipe, de forma que são necessárias avaliações periódicas freqüentes que objetivem o afinamento de opiniões em questões amplas e complexas do grupo e da instituição no geral. De acordo com SOUZA, (1992, p.27). "... para a instituição ser um espaço terapêutico onde se realiza um trabalho em equipe, não significa que todos façam tudo ou que todos devam saber de tudo, mas, a idéia de equipe remete antes a um campo de acolhimento, de complementação, em que cada elemento de equipe tem um lugar na realização do processo de cura". Assim, é imprescindível que haja o máximo de interesse e envolvimento de cada elemento da equipe para esse exercício.

A equipe interdisciplinar terá um coordenador com capacidade de liderança, flexibilidade, abertura e presença para atuar. Para LUNARDI (2000, p.125), "No trabalho em equipe, o relacionamento com as pessoas significa o cruzamento de diferentes histórias pessoais e a montagem de uma rede de comunicação que pode harmonizar essa convivência, para o bem de todos e para realização da tarefa a que o grupo se propõe".

CAMPOS (1992, p.153) destaca o "... quanto é difícil o trabalho em equipe, pois requer ora firmeza, ora tolerância, ora flexibilidade e nem sempre seus efeitos são percebidos de imediato", e afirma que "...cada equipe é única, cada momento

tem suas peculiaridades, bem como cada situação e problemas vivenciados são únicos.”

4.3.6. Atendimento Familiar

Ocorrerá semanalmente e será realizado por todos os profissionais conforme a necessidade de cada caso, com o objetivo de prestar informações sobre o tratamento, oferecer condições para que a família possa lidar com a dependência e contribuir para a reinserção familiar. Orientar quanto ao atendimento extra-hospitalar e também quanto aos tratamentos familiares possíveis quando necessários. Inclui palestras elucidativas acerca da importância do ambiente familiar no cotidiano das pacientes e outros temas de importância geral relacionado à dependência.

O atendimento especializado fortalece, reforça o lado saudável e é capaz de atenuar tensões familiares. A troca de experiências de diferentes familiares é um elemento importante na busca de alternativas para lidar com a doença.

4.3.7. Grupo Psicoterapêutico

Freqüência de três grupos semanais com até dez pacientes por grupo. BRASILIANO (1997, p. 45), defende a idéia de que estes grupos têm o objetivo de criar um espaço para reflexão, onde cada um possa buscar o sentido de suas próprias vivências, na tentativa de encontrar uma resposta diferente, que não às drogas, para a transformação da realidade.

Disponibilizar recursos terapêuticos para conduzir processo de autoconhecimento e crescimento pessoal visando à conscientização e implicação no processo de adoecer e da necessidade de continuidade ao tratamento após sua alta.

4.3.8. Grupos Operativos

Os grupos operativos têm o objetivo de organizar as diversas atividades internas da unidade, operacionalizar as normas, rotinas e combinados de maneira a proporcionar um ambiente onde a convivência se torne possíveis e respeitando as diferenças individuais aliadas às necessidades comuns de tratamento e funcionamento da unidade.

O grupo de ajuda é uma forma de alerta e contenção no caso de agitações, ansiedade em excesso e sinais de desrespeito às normas, pessoas e ambiente de tratamento e é realizado com técnicas especiais, treinamentos e a participação de todos os presentes no dia-a-dia da unidade, capaz de oferecer à paciente tanto a contenção física, como apoio e orientação.

As oficinas terapêuticas têm como objetivo a reconstrução da história de vida, favorecendo a conscientização de suas capacidades de realização e busca de alternativas concretas para a modificação de sua vida e voltada à atividades femininas de maneira a atender a demanda de reinserção social e de atividades laborativas.

O grupo de programação do dia deve acontecer todas as manhãs, com a presença do grupo de trabalho noturno, diurno e coordenação de um ou mais membros da equipe, com o objetivo de organizar ou alterar atividades internas, bem como avaliar as intercorrências que por ventura possam ter alterado a rotina durante a noite e que necessitem imediata intervenção da equipe.

As assembléias são grupos semanais realizados com a presença de toda a equipe, onde são tratadas questões de ordem interna da unidade, visando acolher críticas, resolver problemas operacionais, queixas, dificuldades de organização do

grupo e outras questões que se fizerem necessárias para o desenvolvimento harmonioso do tratamento.

O grupo de autocuidado, realizado pela enfermeira da unidade e com a participação de toda a equipe de enfermagem, visa resgatar a capacidade, interesse e iniciativa para o autocuidado, tanto básicos (banho, higiene oral e íntima), bem como questões femininas como: cuidados com os cabelos, pele, maquiagem e outros.

Seminários psicopedagógicos: Incluídos nas atividades internas, porém extensivo a familiares ou interessados. As atividades terão frequência semanal e serão ministrados por membro da equipe, didaticamente são abordados temas onde a dependência química está implicada nos processos destrutivos da paciente em seu contexto orgânico, psíquico, familiar e social.

As atividades sócio-recreativas, além de proporcionar espaço de descontração, têm paralelamente a função terapêutica de fornecer escolhas mais saudáveis no que se refere ao desvio do comportamento de consumo de substâncias psicoativas, sem, no entanto, “psicologizar” as atividades, de maneira que a percepção deste efeito surja de forma natural e a seu tempo.

O grupo de prevenção de recaídas é extremamente importante e necessita da participação maciça das internas. De frequência semanal e realizado por qualquer membro da equipe, trata do problema da recaída. Esta, não é vista como uma catástrofe inexplicável, mas sim como um evento que acontece em decorrência de uma série de processos cognitivos, comportamentais e afetivos. Tem o objetivo de delimitar padrões de uso de substâncias psicoativas, identificar fatores desencadeantes, formular estratégias para elaborar tanto comportamental como emocionalmente os eventos estressantes da vida.

Os grupos de apoio ou mútua ajuda, são reuniões de caráter semanal com grupos de voluntários como os Alcoólicos Anônimos, Narcóticos Anônimos, com familiares (Alanom e Allatim). De acordo com EDWARD et al (2005 p.247), o objetivo é mostrar que a recuperação é possível apresentando uma ideologia persuasiva. A reunião destes grupos tem importância central no seu funcionamento marcado por uma aparente informalidade, mas com método de trabalho e objetivo bem definido.

4.3.9. Reunião de Equipe

As reuniões de equipe acontecerão com frequência semanal e na presença de todos os membros da equipe. A agenda abrangerá, de forma mais objetiva possível, discutir e resolver questões de ordem interna e avaliação de cada paciente, como previsão de alta, avaliação da evolução e tomada de decisões de âmbito terapêutico e administrativo interno, bem como a organização de atividades que sejam necessárias no momento ou permanentemente, avaliação da atuação da equipe, discussões de caso e outras.

4.4. MODELO GESTÃO – SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A Política Estadual de Saúde Mental segue os princípios e diretrizes do SUS (Universalização do Acesso; Integralidade da Atenção; Equidade; Participação e Controle Social: Descentralização da Gestão e Hierarquização dos Serviços); respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira de Inclusão Social e de habilitação da sociedade para conviver com a diferença.

O serviço especializado seguirá as normas contidas na Portaria nº 1.612 / GM de 09 de setembro de 2005, que aprova as normas de funcionamento e

credenciamento/habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

Obedece a Lei Federal (Lei 10.216/01), que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental e Lei Estadual (Lei 11.189/95) que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais, que garantem os direitos das pessoas com transtornos mentais e prioriza a construção de uma rede de atenção integral em saúde mental e a Portaria MS/SAS nº 245 que classifica os Hospitais Psiquiátricos integrantes do SUS de acordo com a avaliação do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital.

Os profissionais necessários obedecem as portarias 224 SNAS de 29/01/1992 e 251GM de 31/01/2002 que tratam dos profissionais necessários e estabelece que para cada 40 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, um médico psiquiatra e um enfermeiro; e para cada 60 pacientes, com 20 horas de assistência semanal, distribuídas no mínimo em 04 dias, os seguintes profissionais: 01 assistente social; 01 terapeuta ocupacional; 01 psicólogo; 04 auxiliares de enfermagem para cada 40 leitos; com cobertura nas 24 horas; 01 clínico geral.

A PT GM 1.028, define as ações para a redução de danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas para dependentes que não podem, não querem ou não conseguem interromper o uso de substâncias e entre outras determinações, estabelece ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência.

O serviço especializado seguirá as normas contidas na Portaria nº 1.612 / GM de 09 de setembro de 2005, que aprova as normas de funcionamento e credenciamento / habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção Integral aos Usuários de Álcool e outras Drogas.

4.5. UNIDADE HOSPITALAR

Este item apresenta um breve relato da história do Hospital Colônia Aduino Botelho.

4.5.1 Histórico

O Hospital Colônia Aduino Botelho foi inaugurado em 1954, como Hospital Modelo para o tratamento de doentes mentais. Com uma área construída de 12.000 m², no município de Pinhais e capacidade instalada para 350 internos, já chegou a albergar mais de 1.000 doentes.

Em decorrência de uma série de fatores, incluindo a falta de recursos humanos e financeiros e o grave problema de superlotação, o “Aduino” foi assumindo o estigma de uma instituição asilar (“depósito de psicóticos”), sem que se conseguisse, por um bom tempo, pôr em prática medidas efetivas no trato deste problema.

Na década de 70, com a implantação do Programa “Humanização do Ser”, o número de internos foi diminuindo lentamente e houve a contratação de profissionais como: Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Psicólogos, Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem e Médicos.

Com o Projeto “Mutirão”, implantado na década de 80, houve um avanço na questão da desinstitucionalização, onde mais de 100 pacientes retornaram a seu

ambiente familiar. As unidades que comportavam 80 ou mais pacientes, passaram a ter, no máximo, 30.

Na década de 90 houve uma adequação funcional nas unidades, em cumprimento à Portaria 224/92 do Ministério da Saúde.

Visando a efetivação da Reforma Psiquiátrica (Lei nº. 10.216, de 06 de abril de 2001) o Hospital Colônia Adauto Botelho (HCAB) vem promovendo ações que atendam diretamente o objetivo em questão.

O Hospital Colônia Adauto Botelho, conta hoje, com um total de 240 leitos integrais para tratamento de transtornos mentais, sendo 100 leitos femininos, 140 leitos masculinos, destes 30 leitos para dependência química masculina atendendo 100% SUS.

4.5.2. Estrutura Física

Leitos propostos: 30

Disposição de leitos: 05 enfermarias com 06 leitos cada; banheiro um para cada enfermaria (com chuveiros), um para visitas e um para funcionários; refeitório único; posto de enfermagem; consultório médico; sala de reuniões; sala de recreação; área interna livre.

A estrutura física e a distribuição de leitos da unidade seguirão as normas das Portarias do Ministério da Saúde (224/92 e 251/02).

4.6. DISCUSSÕES E SUGESTÕES

O estudo realizado demonstrou, tanto nos referenciais teóricos quanto na pesquisa documental, a necessidade da prestação de um serviço especializado no atendimento hospitalar de mulheres usuárias de substâncias psicoativas.

O trabalho, no entanto, mostrou uma limitação importante no que se refere ao levantamento de custos tanto do atendimento como é realizado hoje, como também, os custos para a implantação de um novo serviço.

Este levantamento requer amplo estudo e pesquisa. Deve abranger o prejuízo social sofrido pelas mulheres atingidas pelo problema da dependência química, bem como ônus para o estado no que se referem aos repetidos internamentos, aos tratamentos ambulatoriais e hospitalares clínicos por problemas relacionados à dependência para que seja feito um levantamento do preço que se paga pela ausência deste serviço.

Dentre os principais problemas de saúde pública no Brasil da atualidade, o mais grave é o consumo do álcool, posto ser este o fator determinante de mais de 10% de toda a morbidade e mortalidade ocorrida neste país. Embora sejam necessários estudos mais abrangentes e específicos, que permitam uma caracterização mais clara dos custos sociais e de saúde relacionados ao álcool no Brasil, as evidências disponíveis são suficientes para colocar como prioritária uma agenda de políticas públicas que contemplem a elaboração de intervenções de controle social deste produto (LARANJEIRA e MELONI, 2004, p. SI 8).

Outro ponto importante destacado no modelo proposto de tratamento refere-se à equipe técnica. Um tratamento eficaz não poderá limitar-se à estrutura física e programa terapêutico. A equipe contratada para o desenvolvimento deste trabalho, preferencialmente especializada, necessita ser treinada e capacitada para atender à realidade da clientela que se apresenta, considerando as peculiaridades referentes à feminilidade e à realidade social e cultural de cada uma das mulheres atendidas.

5. CONCLUSÃO

A mulher, apesar de ser reconhecidamente parte fundamental do desenvolvimento econômico e social, seja de que classe for ainda sofre preconceitos no que se refere a comportamentos tidos como anti-sociais. O estigma social ainda presente quanto ao uso de substâncias psicoativas remetem-na ao tempo em que era tida como pessoa incapaz de tomar decisões, produzir e ser independente.

A dificuldade em travar o enfrentamento de uma doença repleta destes estigmas é notadamente, um fator que entre outros, implica na demanda de um serviço especializado. Com o desenvolvimento e comprometimento dos profissionais envolvidos, trará em médio e longo prazo, resultados que irão melhorar sobremaneira a qualidade de vida de uma parte excluída da população e que se refletirá na vida daqueles que cercam estas mulheres e que delas dependem para alcançar uma forma digna de prosseguir com a vida, como seus filhos, cônjuges e outros familiares.

A falta de uma estrutura familiar tanto pode ser causa, como consequência da dependência. Ao considerar que a família é o pilar de sustentação, continuidade e referência das relações sociais e vínculos afetivos, o resgate das relações familiares e sua relação com o uso de substâncias psicoativas irá certamente refletir nas ações de políticas públicas. Possibilitando contemplar as necessidades familiares e não somente individuais mesmo tendo a individualidade, o respeito à estrutura afetiva e história particular como a base do tratamento destas mulheres. Em outras palavras, o atendimento às individualidades acarreta positivamente mudanças nas políticas sociais.

Este trabalho, em seu estudo teórico, bem como em sua pesquisa documental, demonstra na sua análise a necessidade da implantação de um serviço exclusivamente feminino, baseado no entendimento técnico acerca do uso de substâncias psicoativas pelas mulheres. Acredita-se ainda na capacidade dos gestores de políticas públicas em criar um ambiente adequado com soluções mais efetivas para os problemas relacionados ao uso e abuso destas substâncias.

Apesar das imensas diferenças individuais, esse grupo heterogêneo de mulheres, tem pontos em comum: sofre pela Dependência Química, reconhecidamente, uma doença crônica. Este é um problema de Saúde Pública e como tal deve ser tratado, como prevê a Carta Magna do Brasil.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao poder público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também por pessoa física ou jurídica de direito privado (CONST. FEDERAL, 1988, p.119).

Diante do objetivo alcançado em relação à análise da ineficiência do tratamento prestado nas unidades do H.C.A.B. e prejuízo social e psicológico destas mulheres envolvidas com o consumo de substâncias psicoativas, foi desenvolvido programa específico capaz de dar atendimento adequado a essa população.

Portanto, o Hospital Colônia Adauto Botelho, por ser o único hospital público de referência em psiquiatria do Estado do Paraná, e por sua estrutura física, comporta, desde que sejam feitas as adequações físicas necessárias, bem como o planejamento pormenorizado e contratação de equipe técnica especializada, a implantação deste serviço sugerido a partir deste trabalho.

6.REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BERTOLETE, J. M. Quem tem medo de mulheres alcoolistas? **Revista da ABEAD (Associação Brasileira do Estudo do Álcool e outras drogas)**. Ano 2, nº 1, p. 21 - 27, 1999.

BRASIL, **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasil 05 de outubro de 1988: Imprensa Oficial do Paraná, 2006, 383p.

BRASILIANO, S. e HOCHIGRAF, P. B. Adesão de Mulheres a um Programa Específico de Tratamento. **Revista da ABEAD (Associação Brasileira do Estudo do Álcool e outras drogas)**. Ano 2, nº 1, p. 43 - 49, 1999.

CAMPOS, M. A **O Hospital Dia como alternativa assistencial em psiquiatria: opinião de pacientes e seus familiares**. 1986, 153f. Tese (doutorado) Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em www.google.com.br, 22 horas de 10 de outubro de 2006 na p.03.

CÉSAR, B. A. L. Alcoolismo Feminino: um estudo de suas peculiaridades – Resultados Preliminares. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, volume 55 (nº 3): p. 209, 2006.

Conselho Federal Medicina: BRASIL. Resolução 1605/00. Normatiza sigilo médico. Revoga-se a Resolução CFM nº 999/80. (D.O.U. Poder Executivo, n. 189, 29 set. 2000. Seção 1, p. 30). (D.O.U.; Poder Executivo, Brasília, DF, n. 22, 31 jan. 2002. Seção 1, p. 103). **Revista Arquivo Conselho Regional Medicina Do Paraná Curitiba V.24 Nº93 P01-60 Jan/Mar2007**.

EDWARDS, G., MARSHALL, E. J. e COOK, C. C. H. **O Tratamento do Alcoolismo Um Guia para Profissionais da Saúde**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2005, 342 p.

FACHIN, ODÍLIA. **Fundamentos de Metodologia**. São Paulo: Saraiva, 2006, 354p.

FIGLIE,B,N e BORDIN.S e LARANJEIRA. **Dependência Química**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006. 568p.

GALDURÓZ, J. C. F. E CAETANO, R. Epidemiologia do Uso de Álcool no Brasil. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, Volume 26, (suplemento 1), p. SI 5 – SI 6, 2004.

LUNARDI A. J. Problemas no cotidiano de trabalho e sua relação com o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Volume 21 (nº 2), p. 125-140, 2000.

MATTAR, FAUZE N. **Pesquisa de Marketing**. São Paulo: Atlas, 1996, 425 p.

MELONI, J. N. e LARANJEIRA, R. Custo social e de saúde do consumo do álcool **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Volume 26, (suplemento 1), p. SI – 7 –SI10, 2004.

Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde: BRASIL, Portaria MS/SAS nº 224, 29. Estabelece as diretrizes e normas para o atendimento psiquiátrico em Hospital Dia, Hospital Especializado e Hospital Geral Diário. Oficial da República Federativa do Brasil: 30 de janeiro de 1992. Seção 1.

Ministério da Saúde: BRASIL, Portaria MS/SAS nº 245. Classifica os Hospitais Psiquiátricos integrantes do SUS de acordo com a avaliação do PNASH – Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria e o número de leitos do hospital. Diário Oficial da União: Seção 1 04 de fevereiro de 2002, p. 56.

Ministério da Saúde: BRASIL, Lei nº 10.216. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União: 09 de abril de 2001.

Ministério da Saúde: BRASIL, Portaria nº 1.612. Aprova as Normas de Funcionamento e Credenciamento dos Serviços Hospitalares de Referência para a Atenção integral aos Usuários de Álcool e Outras Drogas. Diário Oficial da União: Seção 1, 12 de setembro de 2005, p. 54.

Ministério da Saúde: BRASIL, Portaria nº 1.028. Define as ações para a redução de danos decorrentes do uso de álcool e outras drogas, para dependentes que não podem, não querem ou não conseguem interromper o uso de substâncias. Diário Oficial da União: 04 de julho de 2005.

Ministério da Saúde: BRASIL, Portaria nº 251/GM, Em 31 de janeiro de 2002. Estabelece diretrizes e normas para a assistência hospitalar em psiquiatria, reclassifica os hospitais psiquiátricos, define e estrutura, a porta de entrada para as internações psiquiátricas na rede do SUS e dá outras providências. Diário Oficial da União, 04 de fevereiro de 2002.

Ministério da Saúde: BRASIL, Portaria nº 2.197, em 14 de outubro de 2004. Redefine e amplia a atenção integral para usuários de álcool e outras drogas no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – e dá outras providências. Diário Oficial da União 17 de outubro de 2004.

Organização Mundial de Saúde Genebra. **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID 10**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, 351p.

Secretaria da Saúde do Estado: PARANÁ, Lei 11.189. Dispõe sobre condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cidadãos com transtornos mentais. Assembléia legislativa do Estado do Paraná, Curitiba, 09 de novembro de 1995.

SILVEIRA. D. X. e MOREIRA. F.G. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006, 678 p.

SOUZA, M.L.R, O Hospital como espaço terapêutico. **Revista Percurso**, número 9, p. 27, 1992.

ZILBERMAN, M. L. e BLUME, S. B. Violência doméstica, abuso de álcool e substâncias psicoativas. In: **Revista Brasileira de Psiquiatria**. Volume. 27 (suplemento II), p. 53, 2005.