

DA IMPERMANÊNCIA, UMA EXPERIÊNCIA DE DEZANOVE MESES NO CAT DO FUNCHAL

ANA AMORIM⁽¹⁾

RESUMO: A autora descreve o funcionamento do Centro de Saúde de Santiago (CSS – unidade assistencial para toxicodpendentes na Região Autónoma da Madeira) e o modelo aplicado na formação da equipa. Na 2ª parte do artigo apresenta o diagnóstico da situação da toxicodpendência na RAM, reportada ao período d Abril de 2000 a Outubro de 2001.

Palavras-chave: Equipa Interdisciplinar, ECRO, Rede.

RÉSUMÉ: Ce texte décrit le fonctionnement du Centre de Santé de Santiago (service d'assistance aux toxicomanes dans la Région Autonome de Madeira) et le modèle appliqué dans la formation de l'équipe. Dans la deuxième partie l'article présente le diagnostic de la situation de la toxicomanie dans la RAM, depuis avril 2000 jusqu'au mois d'octobre 2001.

Mots-clé: Équipe; Interdisciplinaire; ECRO; Réseau.

ABSTRACT: The author describes the functioning of Santiago Health Centre (drug addicts attendance service of the Autonomous Region of Madeira) and the model applied in the training of the team. In the second part the article presents the diagnosis of drug addiction situation in the ARM, from April 2000 to October 2001.

Key Words: Team; Interdisciplinary; ECRO; Net.

“O que sobrevive à morte é precisamente essa bondade fundamental que existe em todos nós, e toda a nossa vida é uma lição sobre como saber fazer vir ao de cima essa intensa bondade, um treino para nos darmos conta da sua existência.

Assim, cada vez que as perdas e enganos da vida nos dão uma lição de impermanência, levam-nos para mais perto da verdade.

Quando nos precipitamos de grande altura, só há um sítio onde podemos cair: no chão, o chão da verdade”.

Sogyal Rimpoche, “O livro Tibetano da vida e da morte”

Como falar desta experiência de *impermanência* no Centro de Atendimento a Toxicodependentes (CAT) do Funchal – denominado Centro de Saúde de Santiago, exactamente quatro anos depois de lá ter *permanecido* 19 meses? Passado este tempo, pareceu-me mais adequado sublinhar aquilo que de específico teve este trabalho, ao longo desse tempo, na Região Autónoma da Madeira (RAM).

Em Abril de 2000, iniciei funções de coordenadora do Centro de Saúde de Santiago, no Funchal.

O convite que me fora feito tinha como objectivo principal organizar e dar formação à equipa, cuja experiência em intervenção na toxicodependência era muito restrita, apesar de, na sua maior parte, já a ter na área da saúde mental.

A abordagem nesta área, na prática, implica um compromisso entre o todo e o particular, isto é, mantendo uma visão de conjunto, individualiza-se a resposta em cada caso.

1ª PARTE – O MODELO ECRO (ESQUEMA CONCEP-TUAL REFERENCIAL OPERATIVO)

Como Pichon-Rivière diz (1965), “o grupo operativo é um grupo centrado na tarefa, que tem por finalidade aprender a pensar em termos da resolução das dificuldades criadas e manifestadas no campo grupal, e não no campo de cada um dos seus integrantes... entretanto, também não está centrada exclusivamente no grupo... mas sim em cada aqui – agora –comigo na tarefa que se opera...”

“O trabalho interdisciplinar e em equipa, exige a utilização de um Esquema Conceptual Operativo (ECRO) comum. Pode

definir-se como um conjunto de conceitos gerais, teóricos e referidos a uma parcela da realidade, que permite uma aproximação instrumental a um objecto concreto particular; é um processo em constante transformação-elaboração, e engloba diferentes paradigmas teóricos e terapêuticos em coexistência no mesmo espaço”, como afirmou Maximino Bortela Freire numa comunicação oral no 7.º Encontro das Taipas. Esta apresentação, inspirada em Pichon-Rivière, enquadrado com clareza o Modelo Integrado aplicado no Centro das Taipas desde a sua inauguração em Junho de 1987.

O ECRO COMUM define:

Ponto 1. O Espaço Assistencial (que inclui instalações, áreas de intervenção, condições indispensáveis à assistência, grupo alvo e objectivos gerais);

Ponto 2. Metodologia (intervenção em rede intra e inter-institucional);

Ponto 3. Procedimentos (modelo terapêutico, dinâmica da equipa, supervisão, objectivos específicos).

Ponto 1. O Espaço Assistencial

1.1. Do Local

A instituição, estivera ligada ao Centro de Saúde Mental, com o qual partilhava o espaço e de cuja Direcção dependera até Fevereiro desse ano. Fora inaugurada em Outubro de 99, e tinha um protocolo de colaboração com o Ex-Serviço de Prevenção e Tratamento da Toxicodependência (SPTT) desde 1998, realizado através do Centro Regional de Saúde da RAM. A sua localização no centro da cidade, ficava paredes meias com um dos liceus do Funchal, de um lado, e a Zona Velha, do outro, sendo este local conhecido como centro de tráfico e consumo de droga.

O Centro, ocupando os três andares do edifício, e totalmente remodelado, fora apetrechado com uma unidade de Internamento de cinco camas, uma unidade de Consulta Externa que incluía uma pequena unidade de Substituição Opióide. O Centro de Dia que fazia parte do projecto, só se concretizou em Junho desse ano.

Em Abril, foram feitas algumas modificações na distribuição do espaço, tendo sido criada uma biblioteca/sala de trabalho dos técnicos, uma sala de grupo terapêutico, e iniciado o apetrechamento do Centro de Dia.

1.2. Da Equipa

A equipa, constituída por três administrativos, uma telefonista, quatro enfermeiras de saúde mental, seis enfermeiros generalistas, seis auxiliares de acção médica, três psicólogas, um clínico geral, uma terapeuta ocupacional, uma técnica de serviço social, e um monitor, cumpria um horário de 35 horas semanais, excepto os enfermeiros generalistas que seguiam o horário de 42h horas em regime de rotatividade, e o médico de Clínica Geral que disponibilizava 6 horas do seu horário no Centro de Saúde onde estava colocado.

Ao longo dos 19 meses foram ainda admitidos na instituição mais uma psicóloga, uma antropóloga, um monitor para o Centro de Dia, uma médica de Clínica Geral (no final de 2000), tendo saído por razões organizacionais, duas enfermeiras de saúde mental, um administrativo e a terapeuta ocupacional.

A integração da antropóloga na equipa teve como objectivo dar início à investigação sobre o fenómeno toxicod dependência e suas particularidades na RAM.

1.3. Dos Utentes

Em Abril de 2000 encontravam-se apenas 40 utentes registados no ficheiro clínico. Havia a ideia generalizada de que na RAM não havia toxicod dependentes de drogas duras. Como não houve publicidade sobre o CAT, denominado Centro de Saúde de Santiago (CSS), o número de utentes foi aumentando através da informação que circulava entre eles. No final dos dezanove meses já havia 500 utentes inscritos, o que correspondia a 13 vezes o número inicial. A área de assistência do Centro abrangia todo o arquipélago.

1.4. Objectivos

Para o ano de 2000-2001 foram estabelecidos para a equipa do CSS os seguintes objectivos gerais e específicos:

1.4.1. Objectivos Gerais:

- a) Diagnóstico preliminar da situação da toxicod dependência na RAM;
- b) Definição das necessidades desta população;
- c) Consecução das respostas a estas.

1.4.2. Objectivos Específicos:

- a) Construção do trabalho em equipa interdisciplinar;
- b) Formação continua teórico-prática da equipa;
- c) Aumento significativo do número de utentes aten-

didados, mantendo o vínculo ao Centro;

- d) Promoção e participação no lançamento e desenvolvimento de estratégias de formação profissional, ressocialização e reinserção social dos toxicod dependentes;
- e) Participação em actividades de prevenção primária;
- f) Promoção de estratégias de diminuição de danos e riscos;
- g) Identificação de bolsas de exclusão social;
- h) Pesquisa, avaliação e tratamento estatístico dos dados recolhidos no Centro, de modo a poderem ser incluídos nas estatísticas nacionais.

Ponto 2. Metodologia

Segundo Elkaim (1987/1995) “Rede social é um grupo de pessoas, membros da família, vizinhos, amigos e outras pessoas, capazes de trazer ajuda e apoio tão reais como duradouros a um indivíduo ou a uma família. É em síntese, como um invólucro à volta de uma unidade familiar, que serve de amortecedor entre esta e a sociedade – o que subsiste das sociedades tribais primitivas”.

O autor compara à tribo a rede a que o indivíduo pertence, transformada, após a revolução industrial numa rede social invisível, deixando de existir como grupo extenso e significativo de suporte, característico da sociedade feudal ocidental – a grande família.

“Em todas as sociedades tribais, das mais simples e primitivas, a tribo dedicava-se a ajudar os seus membros a resolver os seus problemas existenciais”. (*Ibidem*)

Assim, a intervenção em rede começa pela retribalização, trabalho em que um conjunto de pessoas se transforma em grupo, através de estratégias, que levam o indivíduo a tomar consciência dos laços que os unem.

Foi segundo esta perspectiva que se procurou desenvolver o trabalho em rede, em dois tempos, e a dois níveis: dentro da equipa no CSS, e da equipa com o exterior.

Ponto 3. Procedimentos

Em relação aos objectivos específicos, a aplicação do que é mencionado em 1.4.2. alínea h, permitiu a recolha e tratamento de dados necessários ao desenho do perfil do utente do CSS, e o 5.º (alínea e) objectivo consistiu em dar continuidade a actividades que um grupo de técnicas do Centro tinham iniciado junto de escolas, professores, alunos e associações comunitárias.

O 1.º passo na aquisição de indicadores que permitissem um diagnóstico da situação na RAM foi dado com o trabalho no terreno, tendo como instrumentos a equipa e a rede comunitária que se foi construindo.

3.1. Construção do Trabalho de Equipa

A organização da equipa começou pela definição de um ECRO comum, que ao identificar a **tarefa como líder**, em função da qual seria desenhado o quadro organizacional e as responsabilidades dos técnicos da instituição, permitia pôr em prática o sistema terapêutico construído e adaptado à realidade da RAM. A delegação e distribuição das responsabilidades pelos vários técnicos seguiu como critérios os da sua formação, experiência e antiguidade na instituição. Esta construção só foi possível, considerando as sugestões e propostas da equipa.

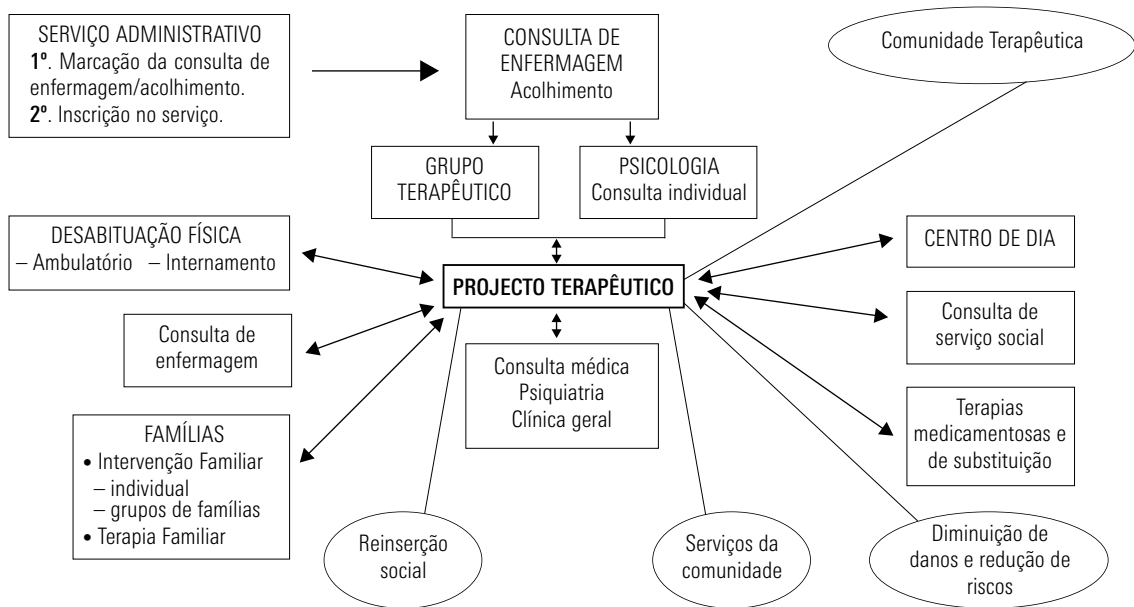
Pela coordenação da Consulta e Internamento ficaram responsáveis duas das enfermeiras de saúde mental, e pelo Centro de Dia uma das psicólogas.

Trabalhar em rede na equipa, e segundo um ECRO comum, significa possibilitar aos utentes uma resposta diversificada e individualizada, que oferece a cada um a intervenção

adequada à sua necessidade, no momento do percurso pessoal em que se encontra. A coordenação de todos os procedimentos, era feita pela gestora de caso, normalmente a terapeuta, que ia solicitando em cada momento os recursos necessários a uma estratégia desenhada em conjunto com o utente e todos os técnicos intervenientes no caso.

Para que esta rede interna do CAT funcionasse, foram criados espaços de acolhimento, triagem, e discussão clínico-organizacional semanais, nos quais, para além da atribuição dos utentes às terapeutas, havia lugar para a reflexão teórica, circulação de informação e de dúvidas/inquietações, a gestão de conflitos e supervisão. Criou-se também abertura para a partilha dos afectos e objectivos comuns geradores de laços. Este foi também o primeiro momento equivalente à “retribalização” da equipa que ia tecendo uma linguagem comum, que lhe permitisse passar coesa aos 2.º nível e tempo do trabalho – a coordenação com os recursos da comunidade.

Através do esquema em baixo, realizado pela equipa do CAT, pode perceber-se o percurso de cada utente no Centro.



Esquema 1 – O utente no Centro de Saúde de Santiago

3.2. Formação Contínua Teórico-Prática da Equipa

A formação contínua da equipa constitui mais uma das premissas de um ECRO comum, permite a elaboração da experiência indispensável ao crescimento dos seus membros e da sua população alvo. A escolha dos formadores é um exemplo dos diferentes paradigmas teóricos em coexistência que definem um ECRO comum.

Ao abrigo de um protocolo financiado pela Comunidade Europeia foi possível assegurar formação, com carácter regular (mensal) e pontual.

No que respeita à primeira, as áreas de intervenção foram: supervisão da equipa e de casos em seguimento (respectivamente pelos Drs. Nuno Miguel, Fátima Sequeira e Telmo Batista); supervisão e formação do trabalho de intervenção em rede e terapia familiar (respectivamente pelos Drs. Isabel Fazenda e Manuel Peixoto).

Em relação à segunda – pontual – as áreas de intervenção foram dinâmica de grupo e de movimento corporal, experiência de um PSO num CAT periférico, formação de equipas de rua, o lugar da antropologia num CAT e instalação do programa informático cedido pela DRLVT. A formação atrás referida foi realizada, respectivamente, pelos Dr. Nuno Cotralha, Fisioterapeuta Pedro Freire, e Drs. Ana Ramalho, Adelino Antunes, Júlio Roque, Luís Vasconcelos e Pedro Catita.

3.3. Aumento Significativo do Número de Utentes Atendidos

Como já foi referido, houve um aumento ao longo dos 19 meses de 40 para 500 utentes, 13 vezes mais do que o número inicial. Esse facto ficou a dever-se não só ao empenhamento e qualidade da equipa, como ainda à imagem positiva que se foi difundindo através dos utentes sobre a qualidade dos serviços prestados.

3.4. Promoção de Estratégias de Ressocialização e Reinsersão Social dos Toxicodependentes

Este objectivo foi posto em prática através da concretização do projecto do Centro de Dia e do trabalho lá realizado, e da utilização do recurso a Comunidades Terapêuticas (CT) para os utentes com indicação para tal.

A RAM, dadas as suas dimensões e concentração populacional, é uma sociedade em que o território individual

está reduzido, o que tem como consequência um maior controlo social, com diminuição da privacidade característica dos meios pequenos. Por esta razão, pelo facto do afastamento do meio ser indispensável à mudança de muitos toxicodependentes, e por razões de rentabilização de recursos, pareceu mais indicado enviar os utentes para as CT já existentes em quantidade suficiente no continente. Era mais necessário criar Apartamentos Terapêuticos (AT) para os residentes regressados de CT, ou para os que, não tendo esta indicação, necessitassem afastar-se da respectiva família ou com ela não pudessem contar. Foi assim que um grupo de técnicas do CSS iniciou a criação duma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), que em 2002 se dedicou a criar para além destes recursos, cursos de formação profissional.

Por iniciativa do Projecto Vida (PV) local, fez-se uma parceria com a Secretaria Regional dos Recursos Humanos, iniciando-se um projecto de formação/emprego que pudesse ser um embrião do programa Vida Emprego.

3.5. Diminuição de Danos e Riscos e Redução de Riscos

A participação de algumas técnicas do CSS nas actividades organizadas pelo PV para comemorar o Dia Mundial de Luta Contra a Droga, permitiu perceber que: a heroína, para além de custar entre 250 euros (50.000\$00) a 400 euros (80.000\$00) o grama, era muito cortada, o que inviabilizava a utilização de formas mais seguras de consumo, como a fumada; os *kits* do programa de troca de seringas também não eram usados porque estas retinham um cm de produto no canhão, o que ao preço de custo da droga se tornava inaceitável para os consumidores.

A partir destas informações e das que foram obtidas num inquérito feito aos utentes do CSS, iniciaram-se os contactos com a Associação Nacional de Farmácias (ANF), Comissão Nacional de Luta Contra a Sida (CNLCS) e Farmadeira (representante da ANF), com o objectivo de reactivar o programa de troca de seringas nas farmácias, que fora interrompido devido a preconceitos de alguns farmacêuticos e às características das seringas.

Organizaram-se encontros de informação com representantes farmacêuticos e após a permissão da CNLCS e ANF, foi possível mudar as seringas dos *kits*.

A distância e o custo dos transportes dificultava a

deslocação dos utentes dos concelhos mais afastados ao Centro. É de referenciar que na sua maioria estavam inseridos num quadro social de famílias de baixos recursos económicos, alta taxa de desemprego e baixa escolaridade. Estas condições definiam a necessidade de activar na RAM o projecto “Diz Não a uma Seringa em 2.ª Mão”, levando-o aos locais de consumo.

Foi com as iniciativas e coordenação do CSS, e em parceria com a Subcomissão para a formação da Comissão Local de Luta Contra a Sida (CLLCS), Centro Hospitalar do Funchal (Serviço de Doenças Infecciosas e Hemo-Imunoterapia), PV, ANF, através da sua representante na RAM, a Farmadeira, Associação para o Desenvolvimento da RAM, e Segurança Social, que se elaborou o projecto “Diz Não a uma Seringa em 2.ª Mão”, cujo protocolo com o Ex-Instituto Português da Droga e da Toxicoddependência (IPDT) e o Centro Regional de Saúde foi assinado no Dia Mundial de Luta Contra A Droga, em 2001, o que pôs em marcha o projecto da formação de uma equipa de rua e da aquisição de uma Unidade Móvel para troca de seringas. Esta foi-se preparando através da formação com o Dr. Júlio Roque, madeirense com grande experiência de trabalho de rua em Braga e na Madeira, e com o Dr. Adelino Antunes, que viria a ser o supervisor da equipa. A formação sobre o trabalho de rua incluiu a participação de elementos da PSP responsáveis pelas zonas de intervenção da Unidade Móvel. Contudo, a equipa só foi para o terreno em 2002.

3.6. Identificação das Zonas de Exclusão Social

Câmara de Lobos é um concelho conhecido pela grande concentração de população toxicoddependente, vivendo em bairros degradados, em que o rendimento de muitas famílias, devido à sua pobreza, depende do pequeno tráfico de drogas. As famílias são muito numerosas, com fratrias de 8 a 15 irmãos, vivendo em casas por vezes de uma divisão, tendo o rendimento mínimo como recurso económico mal aplicado.

A intervenção meramente económica nesta população, cai num profundo vazio de competências sociais que, a não serem aprendidas e cultivadas, a mantêm numa dependência circular de degradação social.

Dos utentes do CAT, 18% era daquele concelho, deslocando-se com muita dificuldade, dada a distância e preço dos transportes.

Foi um dos locais identificado para a deslocação da Unidade Móvel do Programa de troca de seringas e da equipa de rua.

2ª PARTE. CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO DE UTENTES DO CENTRO DE SAÚDE DE SANTIAGO

NOTA PRÉVIA :

A caracterização socioclinica dos utentes foi feita com base no programa informático cedido pela DRLVT ao CRS da RAM. Os técnicos do Centro precisaram aprender a utilizá-lo. Só em Agosto de 2000 o programa começou a ser aplicado e só a partir de Janeiro de 2001 é que todos os campos da base de dados passaram a ser preenchidos, o que explica algumas diferenças nos universos a que se referem os gráficos.

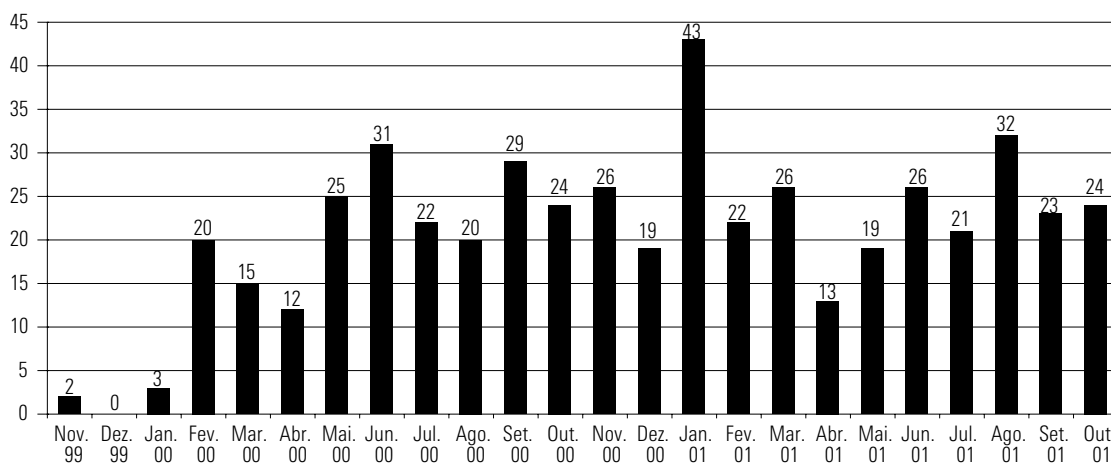


Gráfico 1 – Novos casos por mês (Total: 497)

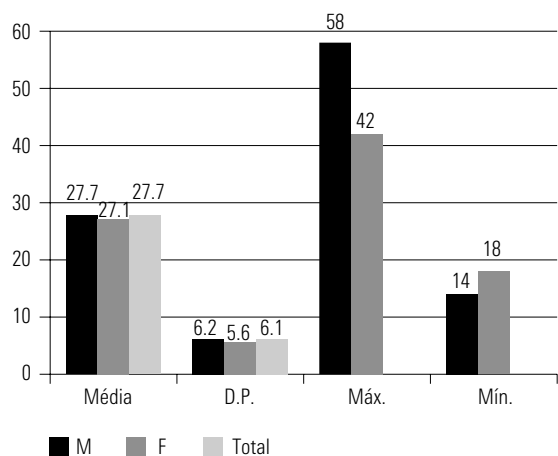


Gráfico 2 – Idade Média

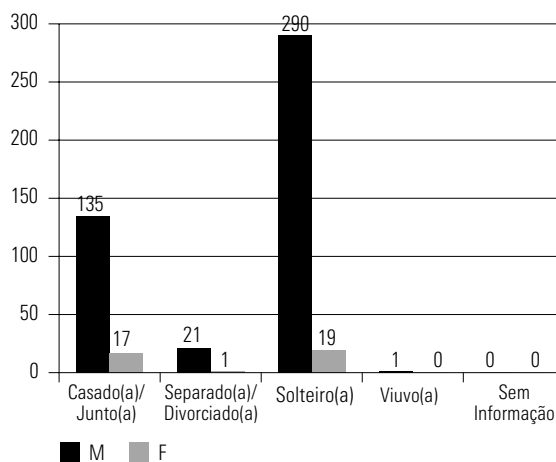


Gráfico 3 – Estado Civil e Sexo

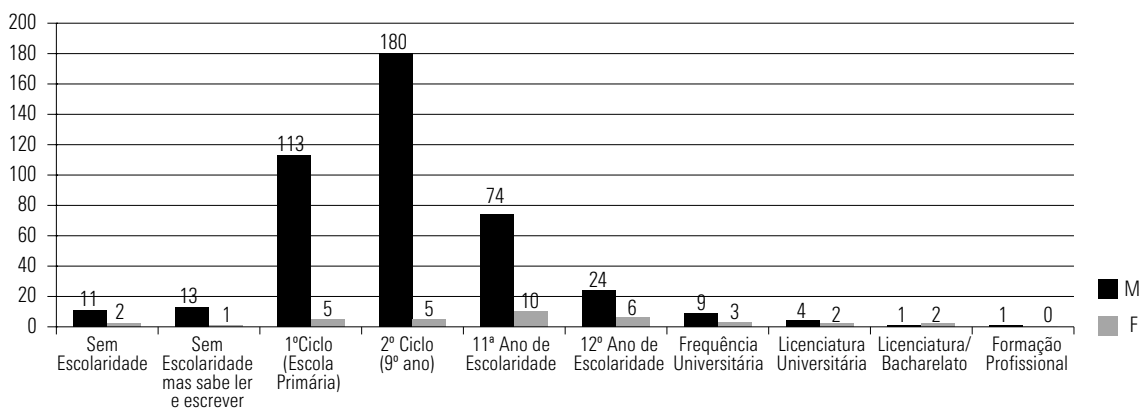


Gráfico 4 – Escolaridade

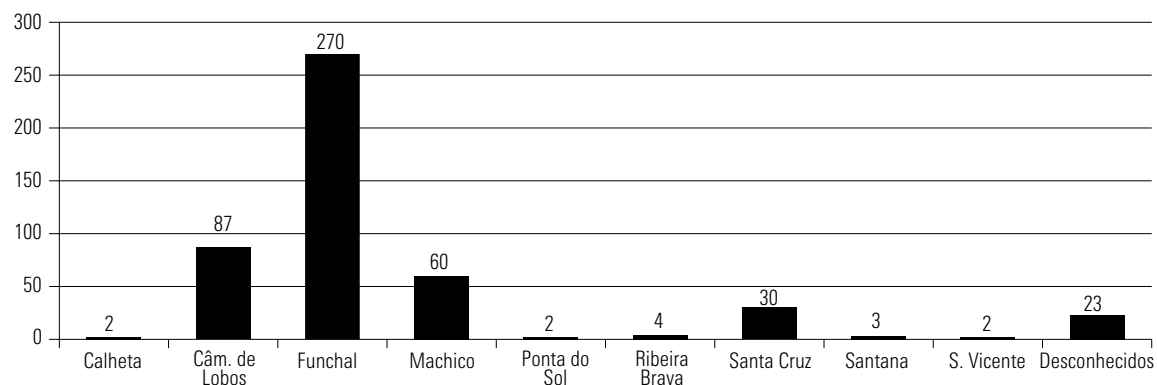


Gráfico 5 – Residentes por Concelho

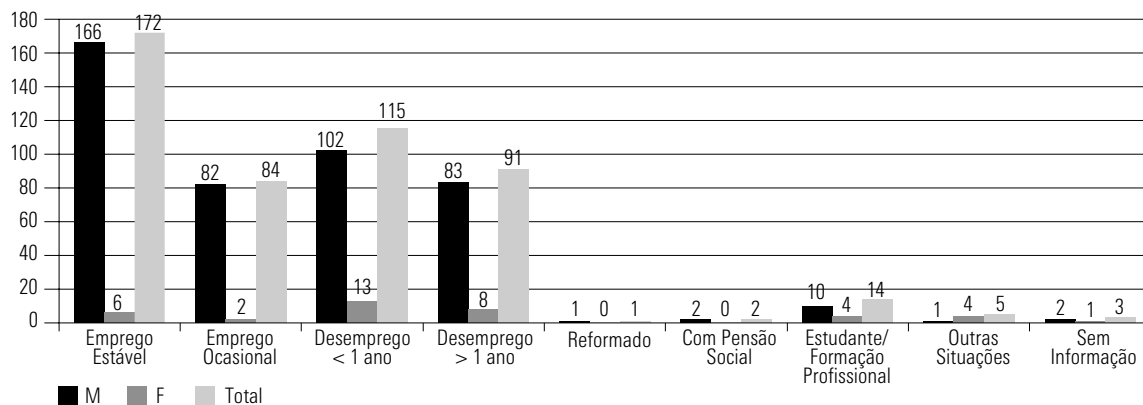


Gráfico 6 – Situação Profissional

Pelos Gráficos 1 e 2 podemos verificar que o universo de 497 utentes do CSS tem uma idade média de 27,7 anos, sendo o valor máximo de 58 anos e o mínimo de 14.

Relativamente ao estado civil (Gráfico 3), 309 (64%) num universo de 484 indivíduos são solteiros, sendo a escolaridade (Gráfico 4) maioritariamente compreendida entre o 1.º e 2.º ciclos (65%).

Os concelhos de origem são na maior parte o Funchal (55,9%), Câmara de Lobos (18%) e Machico (12,4%), num universo de 483 indivíduos (Gráfico 5).

Em termos da situação profissional (Gráfico 6), 206 estão desempregados (43%) e 84 têm emprego ocasional (17%), num universo de 487 indivíduos.

2.1. Enquadramento Familiar

Relativamente aos antecedentes familiares (Gráfico 7), verifica-se que em 41% dos casos o pai tem hábitos alcoólicos, e que as situações de doença física nos dois progenitores é de 35%.

Como se pode observar no quadro seguinte, do total de utentes, 94 (19%) deles têm um irmão toxicodependente a consumir heroína ou cocaína, e 11% têm um irmão a consumir alguma substância.

Dos 447 utentes sobre os quais há informação, 315 (66%) coabitam com pais e ou irmãos e ou avós (Gráfico 8).

Dos 497 utentes 192 têm filhos (Gráfico 9). Destes, 122 (64%) têm pelo menos um filho.

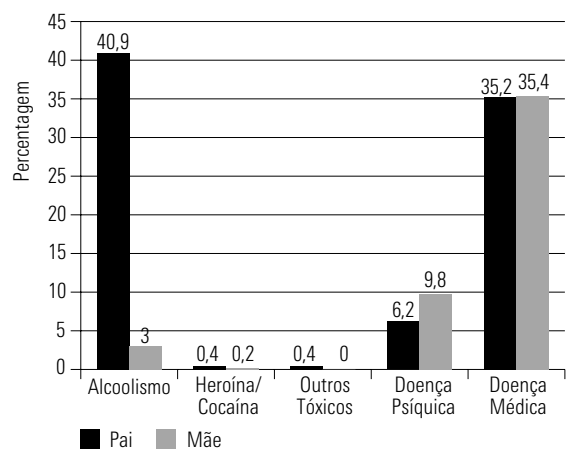


Gráfico 7 – Antecedentes Familiares

Irmãos: N=1837

Itens	%
Sem problemas de alcoolismo ou de consumo de drogas	87
Consumidores de alguma substância	11
Consumidores de heroína e/ou cocaína	7
Consumidores de outros tóxicos	6
Abuso de álcool	3
Abuso de álcool, heroína e/ou cocaína e outros tóxicos	0
Dos 497 utentes, 433 têm irmãos e/ou irmãs	87
94 utentes têm um ou mais irmãos a consumir heroína e/ou cocaína	19

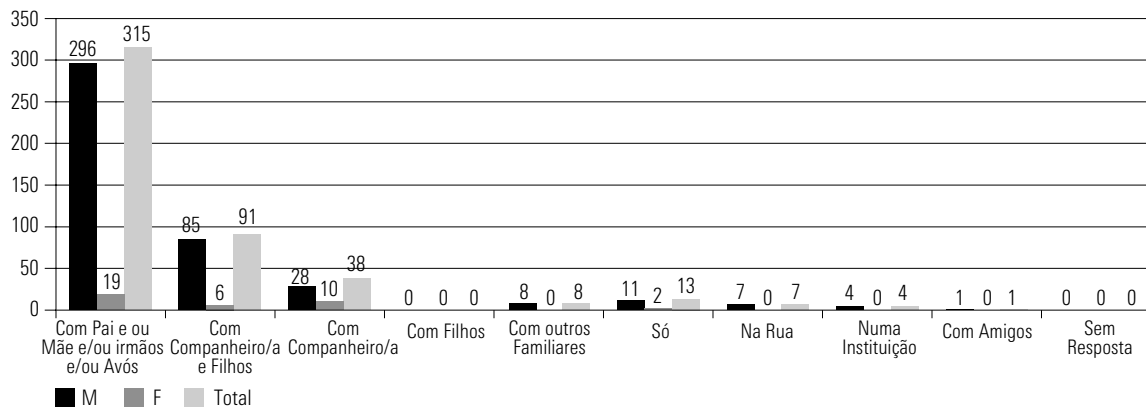


Gráfico 8 – Situação Familiar: Coabitação

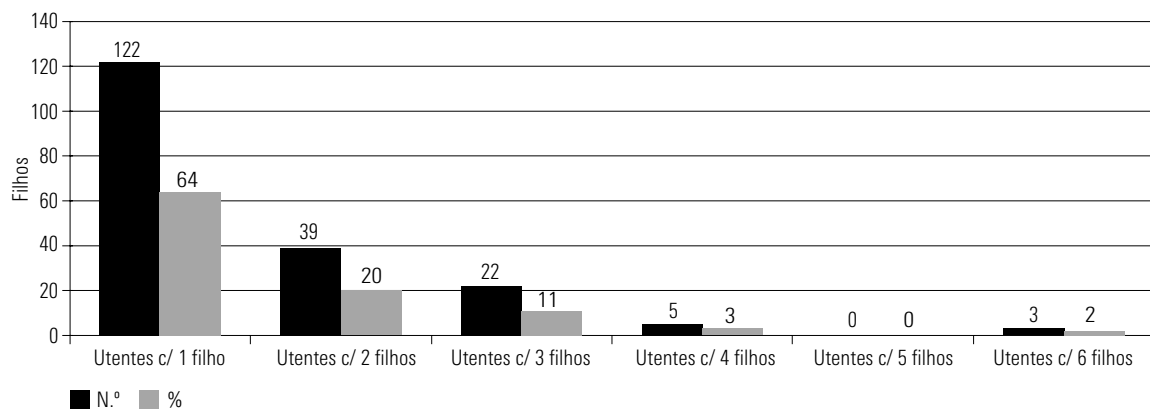


Gráfico 9 – Utentes com Filhos

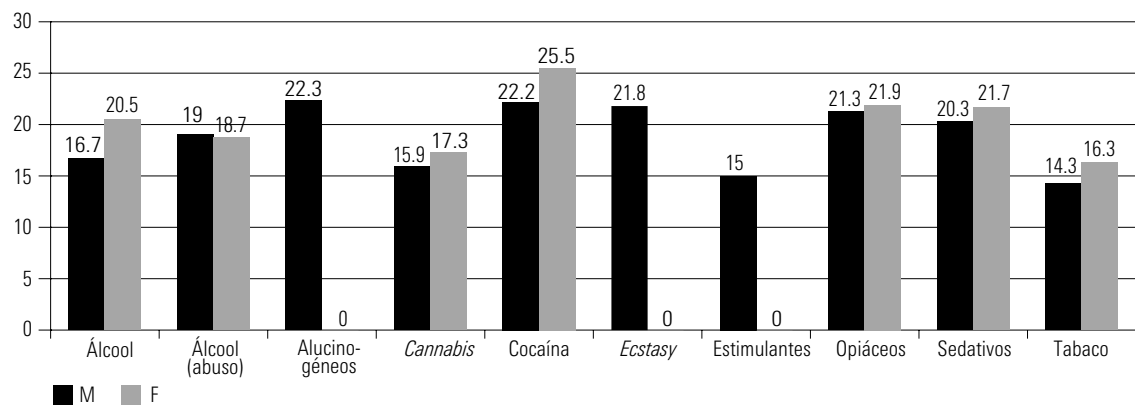


Gráfico 10 – Média de Idade de Início de Consumo

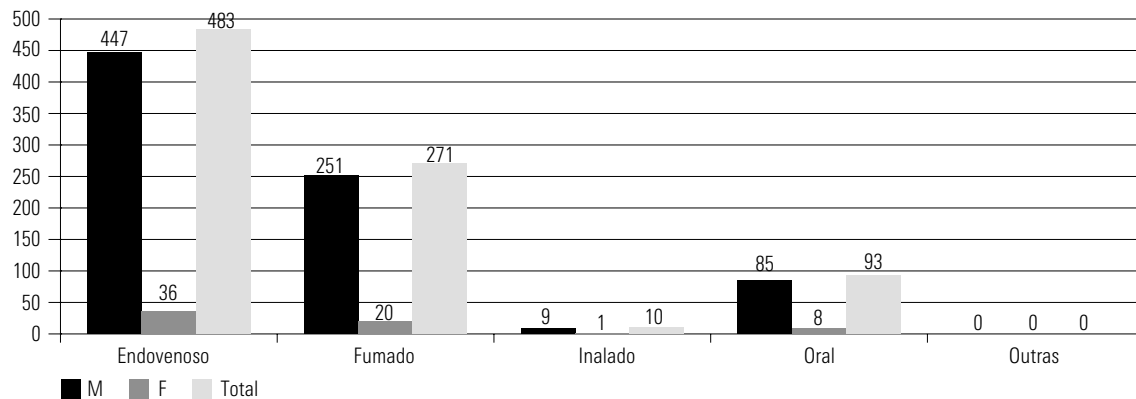


Gráfico 11 – Via de Consumo

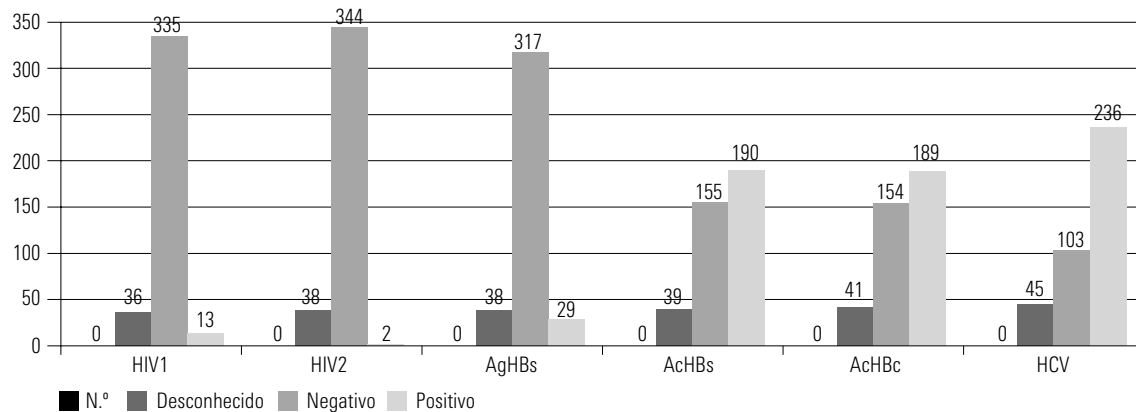


Gráfico 12 – Patologias Infecciosas

2.2. Substâncias Utilizadas

A *Cannabis* figura como droga de iniciação. Do universo de 276 registos, a idade média de início (Gráfico 10) para o sexo masculino é aos 15,9 anos (237 indivíduos). A idade de início do consumo de heroína é aos 21,3 anos (322 indivíduos). Cada utente consome em média 4,4 substâncias. A via de consumo é maioritariamente endovenosa (Gráfico 11).

2.3. Dados Judiciais

Do universo de todos os utentes, 75 estiveram detidos, sendo de 44 meses a média de permanência em estabelecimento prisional.

2.4. Patologias Associadas

A percentagem de utentes infectados com o VIH era baixa, apenas 4%. Foi diagnosticada Tuberculose Pulmonar activa a um utente. A taxa de infecção com o vírus das hepatites B e C era respectivamente, de 49 e 61% (Gráfico 12). Dos indivíduos com anticorpos contra a hepatite B, 47 tinham sido vacinados na infância.

2.5. Terapias de Substituição

De 30 de Agosto de 1999 a 30 de Outubro de 2001 entraram no programa 31 utentes, (9 mulheres, 3 delas grávidas, e 22 homens). Foi inevitável passar do projecto inicial de um programa de alto limiar a um de médio-baixo limiar em atenção às necessidade da população que frequentava o CSS.

Muitos dos utentes iniciaram antagonista, que era administrado no Centro na impossibilidade de algum familiar o assegurar.

3ª PARTE. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta população, constituída por 92% de utentes do sexo masculino, difere das populações continentais e estrangeiras, nas quais tendencialmente se reconhece uma percentagem de 75 a 80% de homens para 25 a 30% de mulheres – apesar do aumento desta última acompanhar a mudança do papel social da mulher.

A faixa etária mais representada estava entre os 20 e os 29 anos, equivalente à do continente, e 65% do universo estudado eram solteiros, o que se confirma pela proveniência e local de habitação, coincidentes e correspondendo à morada dos pais; 61% estavam desempregados e ou tinham emprego ocasional, 4% foram utentes sem-abrigo e reinseridos socialmente; a maioria dos utentes frequentou o 1.º e 2.º ciclos, o que corresponde a uma baixa escolaridade com as suas consequências em termos de trabalho.

A idade média de início de consumos de haxixe corresponde aos 15,9 anos, portanto em idade escolar, mostrando que as estratégias de prevenção devem começar muito mais cedo. A idade de início da heroína é os 21,3 anos. Aqui nota-se uma equivalência aos dados do continente. A baixa escolaridade verificada, inevitavelmente ligada à situação social, pode ser consequência, ou causa, do início precoce de consumos. O padrão de politoxicod dependência é reforçado pelo preço e consequente corte da heroína.

Observa-se uma alta incidência de utentes com filhos, evidenciando-se por isso a necessidade de mobilizar recursos de assistência à maternidade, tanto mais que as mulheres revelavam um menor índice de escolaridade e uma maior taxa de desemprego, estando socialmente mais desajudadas. Registou-se uma elevada incidência de alcoolismo nos pais (41%), o que é factor de risco para a perpetuação intergeracional da toxicod dependência.

Dos irmãos, 11% consomem alguma substância e 19% têm um ou mais irmãos a consumir heroína ou cocaína, o que é de valorizar como um índice da “infectiosidade” do fenómeno, bem como a necessidade de intervenção precoce nestas famílias.

A incidência de doenças infecciosas (4% de seropositivos), e a alta prevalência de resultados positivos para a hepatite B e C (49% e 61%, respectivamente), associada à via de consumo I.V., revela a manutenção de comportamentos de risco e a consequente possibilidade de aumento exponencial ligado à infecção pelo HIV. O preço da droga torna pouco provável a mudança de padrão de consumo.

O quadro socioeconómico, alta taxa de desemprego e baixa escolaridade, reforça a dependência familiar.

4. RECOMENDAÇÕES

“Utilizando a fórmula de cálculo do número de toxicod dependentes existentes numa determinada área que pedirão ajuda num centro de atendimento, utilizada pela DRLVT em 2001, foi possível concluir:

- Da população de uma determinada área, 1% é toxicod dependente;
- Desta, 1/4 será potencial candidato a utente dos centros de atendimento; e deste, 1/4 será efectivamente utente de um centro.

Esta fórmula dá-nos conta do enorme número de toxicod dependentes que ficam fora do sistema de saúde, continuando a ser agentes das duas formas de “infectão” ligadas à toxicod dependência (a que se propaga de pessoa a pessoa sem existência de vírus ou bactéria, e a forma infecciosa propriamente dita que provém dos comportamentos de risco).”

Na RAM residiam perto de 300.000 habitantes, e 500 toxicod dependentes já tinham procurado ajuda no Centro, cerca de 2.500 estariam fora do sistema de saúde.

“A identificação de consumidores dependentes e a sua introdução no sistema de saúde, permite limitar as duas formas de infectão” (Relatório de Actividades do CSS 2001). De acordo com as constatações acima referidas, foram feitas as seguintes propostas ao Centro Regional de Saúde da RAM, em Outubro de 2001, tal como pode ser lido no Relatório de Actividades de 2001:

- Intervenção adaptada às especificidades de cada concelho;
- Expansão da resposta do CSS através da criação de extensões do Centro ou de mini-equipas de técnicos dos centros de saúde mais distantes, orientados por técnicos do CSS, permitindo o acesso e vinculação mais fácil e

eficaz dos utentes dessas zonas ao sistema de saúde;

- Desenvolvimento de respostas às grávidas e respetivas crianças;
- Criação de apartamentos terapêuticos;
- Criação de cursos e empregos adaptados às necessidades/capacidades dos utentes;
- Implementação urgente do Programa “Diz Não a uma Seringa em 2.ª Mão”, como meio de travar o crescimento da infeção pelo HIV;
- Criação de programas de substituição de Metadona de baixo limiar nas zonas socialmente degradadas (Projecto associado à Unidade Móvel);
- Continuação do desenvolvimento da Rede da comunidade, já criada, com várias instituições, nomeadamente, a Associação Protectora dos Pobres, a Junta de Freguesia de Santa Maria Maior, a cuja área o CSS pertence, o Centro Social de Sta Cecília em Câmara de Lobos, a DRGIE, a Santa Casa da Misericórdia de Machico, a Farmadeira, a ANF, a CNLCS, a Sub-Comissão para a formação da CRLCS, o Centro Hospitalar do Funchal (em particular os Serviços de Obstetrícia, Gastroenterologia, Infeciologia e Imuno-Hemoterapia), o Laboratório de Análises Clínicas do CRS, o Centro Dr. Agostinho Cardoso (equivalente aos CDP continentais), a PSP e o Tribunal do Funchal, e o IRS.

A semente foi lançada. Para se desenvolver e continuar a crescer precisava de continuidade nos cuidados e meios.

A equipa, permaneceu.

NOTA

(1) A autora expressa o seu reconhecido agradecimento ao grupo de pessoas que constituía a equipa do CAT de Santiago pela sua qualidade técnica e humana, assim como a todos os formadores que se dispuseram a deslocar-se ao Funchal. E também ao Conselho de Administração do Centro Regional de Saúde da RAM (em funções até Novembro de 2000) e à Delegação Regional de Lisboa e Vale do Tejo (DRLVT).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Elkaim, Mony *et al.* (1995). *Las prácticas de la terapia de la Red*. Barcelona: Editorial Gedisa SA (Tradução da edição em francês de 1987).

Freire, Maximino Brotela (s.d.). *Supervisão das Equipas Terapêuticas*. Comunicação Livre no Grupo A, apresentada no 7º Encontro das Taipas. Lisboa, Portugal.

Pichon-Rivière, Enrique (s. d.). *O processo grupal*. Livraria Martins Fontes Editora Lda.

Relatório de actividades do Centro de Saúde de Santiago (Outubro de 2001). Centro Regional de Saúde da RAM.