

INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA POR ORDEM JUDICIAL PARA DEPENDENTES DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS

MANDATORY DETENTION FOR JUDICIAL ORDER FOR DEPENDENTS SUBSTANCES PSYCHOACTIVE

LUDMILA GABRIEL*
GERCELEY PACCOLA MINETTO**

RESUMO

Trata-se de um estudo, cuja abordagem é quali-quantitativa, realizado no setor masculino de —Dependência Química da Associação Hospitalar Thereza Perlatti do município de Jaú - SP, no período de fevereiro a outubro de 2010. O universo da pesquisa são os cinquenta dependentes de substâncias psicoativas e cento e trinta e quatro profissionais dessa unidade, cuja amostragem é de vinte e cinco dependentes e, sete profissionais. Seu objetivo é evidenciar os impactos da internação compulsória por Ordem Judicial no dependente de substâncias psicoativas. Os resultados apontam que são pacientes entre 16 e 35 anos, solteiros, com baixa escolaridade e inseridos no mercado informal de trabalho. Vêm a internação compulsória por Ordem Judicial como uma forma de se evitar um mal maior. Já os profissionais discordam com tal medida pela extrapolação do tempo de internação e afastamento do convívio familiar. Conclui-se que a

PALAVRAS CHAVE: Internação Compulsória. Ordem Judicial. Dependentes de Substâncias Psicoativas.

*Bacharelada em Serviço Social pelo Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino. Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Banca Examinadora para obtenção do grau de bacharel em Serviço Social sob a orientação da Professora Mestra Gerceley Paccola Minotto.

** Possui graduação em Serviço Social - Instituição Toledo de Ensino (1982) e mestrado em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (2002). Atualmente é professora da graduação e pós-graduação do Curso de Serviço Social do Centro Universitário de Bauru, mantido pela Instituição Toledo de Ensino.

internação compulsória por Ordem Judicial é necessária em alguns momentos, pois, o dependente encontra-se incapacitado em fazer escolhas, porém, sem esclarecimentos e acompanhamentos adequados, há a desmotivação e, como consequência, não se tem a continuidade do tratamento que é extremamente importante para se evitar a reincidência, além da insuficiência de políticas públicas especializadas para a área.

RESUMO

This study, whose approach is both qualitative and quantitative, took place in the Chemical Dependency male ward at Associação Hospitalar Thereza Perlatti in Jaú, São Paulo, Brazil, from February to October 2010. The research covers the universe of the fifty dependents on Psychoactive Substances and the a hundred and thirty-four professionals who work in this unit though the sampling foccus on twenty-five dependents and seven professionals. The main goal is to emphasize the impacts of the Compulsory Hospitalization by Court Order on these dependents. The results indicate that they are patients whose age range from 16 to 35 years old, single, with low level schooling and informally employed. They see the Compulsory Hospitalization by Court Order as a way to avoid a major evil. On the other hand, the professionals disagree with this measure due to the extrapolation of the hospitalization period and the removal from family life. We conclude that the Compulsory Hospitalization by Court Order is necessary sometimes, when the dependent is unable to make his/her own choices. However, without the appropriate elucidation and monitoring there is demotivation and, as a consequence there is no treatment continuity, which is extremely important to evitate recurrence. Moreover, there is the insufficiency of specialized public policies aiming this area.

Keywords: Compulsory Hospitalization. Court Order. Dependents on Psychoactive Substances.

1 INTRODUÇÃO

Este estudo contempla a área da dependência de substâncias psicoativas e tem como tema a internação compulsória por ordem judicial para dependentes de substâncias psicoativas, realizado no setor masculino de —Dependência Química‖ da Associação Hospitalar Thereza Perlatti, do município de Jaú-SP, no período de fevereiro a outubro de 2010.

Drogas ou substâncias psicoativas são substâncias tanto naturais, como semi-sintéticas ou sintéticas que, introduzidas por qualquer via do corpo atuam no cérebro modificando seu funcionamento, além de outras funções psicológicas e comportamentais, assim, a síndrome da dependência segundo Toscano Jr. E Seibel (2000, p.03) é:

Um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, no qual o uso de uma substância ou uma classe de substâncias alcança prioridade muito maior que outros comportamentos que antes tinham maior valor. Uma característica central da síndrome é o desejo, frequentemente forte, algumas vezes irresistível de consumir substâncias psicoativas.

Estabelecida e diagnosticada a doença, deve-se encaminhar o indivíduo a algum serviço de atenção à dependência. Este tratamento pode ser realizado em Instituições públicas ou privadas, pode ainda ser voluntário ou involuntário (compulsório). Em determinados locais, como é o caso da Instituição em tela, quando se trata de uma intervenção involuntária, ou seja, forçada, contra a vontade do dependente, e a família solicita a internação por via jurídica, é encaminhado à Instituição uma ordem judicial, que além de ter caráter obrigatório, expressa que somente o juiz responsável pela internação deve autorizar a desinternação, podendo este processo durar muito mais que os quinze (15)

dias de tratamento propostos pelo hospital, com o objetivo de desintoxicação, chegando o dependente a ficar meses nesta condição. Além de permanecer praticamente sem objetivos após este período, o dependente fica desmotivado e muitas vezes revoltado, pois a internação compulsória por ordem judicial acarreta uma série de consequências além das dificuldades dos profissionais que atuam nesta realidade, pois ficam atados, e limitados à ordem judicial, não permitindo que os mesmos tenham autonomia para dar alta hospitalar, mesmo acompanhando todo este processo.

Mediante a vivência proporcionada pelo campo de estágio a pesquisadora se instigou em investigar se a internação compulsória por ordem judicial favorece o tratamento do dependente de substâncias psicoativas, ou leva a precarização da motivação para adesão ao tratamento?

A hipótese sugerida é que a internação compulsória por ordem judicial não é a melhor maneira de se enfrentar a dependência de substâncias psicoativas no processo de desintoxicação, pois leva a desmotivação do usuário na adesão ao tratamento. A motivação é precarizada devido aos conflitos individuais, familiares e sociais do dependente, pois, o processo de recuperação de toda e qualquer doença crônica, exige lealdade no acompanhamento, além de mudanças de hábitos para melhorar a qualidade de vida. Ainda, neste contexto percebe-se a falta de políticas públicas e, conseqüentemente, investimentos nos serviços de atenção e prevenção ao uso indevido de drogas.

A conotação de obrigatoriedade que esta modalidade de internação exprime é antagônica ao aspecto fundamental que a maioria das Instituições sugerem, a voluntariedade, pois, além da resistência apresentada pelos dependentes neste processo, fere os princípios democráticos previstos na Constituição Federal de 1988 do Brasil.

Como objetivo geral para verificação da hipótese se tem: evidenciar os impactos da internação compulsória por ordem judicial no dependente de substâncias psicoativas, e os objetivos específicos: traçar o perfil do paciente; evidenciar as opiniões e crenças expressas pelo dependente a respeito da internação compulsória por ordem judicial; revelar as razões que levam os familiares a recorrerem à internação compulsória por ordem judicial; identificar a incidência na continuidade do tratamento após alta hospitalar.

O método de estudo é o dialético, de nível exploratório, com levantamento bibliográfico e de campo. A pesquisa bibliográfica serviu para a construção do referencial

teórico, utilizando-se de fontes como: livros, revistas especializadas, legislação, sites seguros da Internet, vídeos e dicionário. A pesquisa de campo realizada numa abordagem quali-quantitativa, através de contato direto com os sujeitos, desvela essa realidade de forma crítica, tendo como cenário o próprio hospital.

A pesquisa qualitativa lida melhor com a opinião e a subjetividade do entrevistado, utilizando-se de instrumentos como observação e entrevista, esta última subsidiada por formulário com questões abertas, porém, com certo grau de padronização dos dados, o que impõem ao pesquisador a categorização interpretativa, e questões fechadas que proporcionam a compreensão da caracterização dos sujeitos e facilitam comparações entre eles, possibilitando-os de lembrarem de alternativas que caso não as tem esquecidas como cita Rea e Parker (2002).

Esse estudo é composto por seis itens, sendo o primeiro a introdução, que oportuniza o leitor saber do que se trata a pesquisa e qual é o seu foco.

O segundo item contextualiza as drogas desvelando suas consequências, além de apresentar as alternativas de tratamento, bem como a Associação Thereza Perlati e o trabalho do Assistente Social junto aos dependentes de substâncias psicoativas.

O terceiro item enfoca a família, discorrendo sobre suas modificações e sua relação no contexto das drogas. Trata ainda da adolescência, que representa período de maior vulnerabilidade ao uso de drogas.

O quarto item discorre sobre a estruturação dos órgãos que compõem a Política Pública sobre drogas, sua hierarquia e, as legislações relacionadas, inclusive as leis específicas sobre internação compulsória, enquanto que o quinto trata da metodologia utilizada, bem como os resultados e a análise dos dados, categorizados em três eixos a saber: a) Perfil do dependentes de substâncias psicoativas; b) Dependente X internação compulsória por Ordem Judicial; c) Profissionais X internação compulsória por Ordem Judicial.

Por fim, o sexto item apresenta a conclusão da pesquisa e as sugestões que os resultados apontam.

Esta realidade deixa explícita a relevância da pesquisa, pois, para a Instituição vem agregar valor ao serviço oferecido, fazendo com que nunca deixe de se preocupar com a qualidade do mesmo; para o Serviço Social é apresentado um estudo científico que permite

uma intervenção mais ampla e aprimorada, assegurando sua prática profissional focada no acesso aos direitos sociais através de políticas públicas; e finalmente, para a sociedade em geral, que é afetada pela drogadição pode se valer deste estudo para conscientizar-se de que deve tomar a responsabilidade de auxiliar o dependente de substâncias psicoativas, principalmente, em sua reintegração social.

2 DROGAS: O GRANDE MAL DO SÉCULO

2.1 Contextualizando as drogas

Boa parte dos prejuízos que afetam a sociedade em geral, tem sua origem em uma das expressões da questão social: a drogadição (ou dependência de substâncias psicoativas), desencadeando inúmeros problemas sociais por ser estimulada em meio ao cenário consumista e competitivo do sistema capitalista, e facilitada devido à fragilidade de idéias, valores e afeto que permeiam as relações sociais na atualidade.

Há registros bíblicos relatando a embriaguez de Noé, que após o dilúvio fica eufórico com a promessa que Javé (seu filho) havia lhe feito de jamais castigar os homens afogando-os. Noé então, bebe o vinho que por ele mesmo fora produzido e fica nu. Cam (seu outro filho) ao vê-lo naquela situação, conta o fato a seus dois irmãos (Javé e Sem), que foram cobri-lo. Por este motivo, Cam foi amaldiçoado pelo pai: Quando Noé despertou de sua embriaguez, soube o que lhe tinha feito seu filho mais novo, —Maldito seja Canaã, (filho de Cam) disse ele; que ele seja o último dos escravos de seus irmãos! (GÊNESIS 9: 24-25).

O aspecto histórico do uso de drogas é enfatizado por Silva (1998, p.233) que relata: —São 7.000 anos de uso e proibição, e seu uso pode ter várias finalidades: alimentício, espiritual, medicinal ou recreativo.

O Ópio é um antigo conhecido da população asiática; os derivados da Coca eram usados como estimulantes pelos Incas; os Hindus já consideravam a maconha sagrada mil anos antes de Cristo; os hippies também foram grandes propagadores das drogas em suas reuniões, como no verão de 1969 na Inglaterra, onde depois de um festival de música, usaram drogas, fizeram sexo, nadaram nus nos rios, e o resultado disso foram trinta (30) mil pessoas encaminhadas ao hospital pelo uso abusivo de drogas e doze (12) mil presas por vender LSD.

Alguns ainda morreram de overdose (SCHMIDT, 1979).

Como pontua Halikas (1992): —Há escassa evidência que documente persuasivamente a existência de qualquer cultura ou sociedade, durante qualquer período histórico, que não tenha tido pelo menos uma droga psicoativa em uso.

Assim, fica explícito que o uso de drogas não é um fator recente na sociedade, pois tem suas origens enraizadas na história da humanidade.

A dependência de substâncias psicoativas é ocasionada pelo uso abusivo de drogas (substâncias tóxicas que produzem alterações psíquicas e atuam no sistema nervoso central) na verdade pode-se dizer que droga é qualquer substância natural, semi-sintética ou sintética que, introduzida por qualquer via do corpo, atua no cérebro modificando seu funcionamento além de outras funções psicológicas e comportamentais. Elas funcionam como a síndrome de Popeye —o fraco que toma o espinafre para ficar forte— como pontua Freitas (1991, apud KALINA, 2002, p.28).

A droga neste caso é vista como solução para fortalecer o psicológico das pessoas que estão na verdade, pedindo socorro por impotência de enfrentamento da sua realidade e denunciando a dificuldade em lidar com frustrações acumuladas, cujo consumo de drogas irá anestesiar suas angústias. (ZAGO, 1988).

Estas substâncias produzem alterações na cognição (sensações e sentimentos, percepção) e podem variar de acordo com características biológicas e psicológicas de cada pessoa, dependendo ainda da droga que é utilizada, da quantidade, da pureza, da forma de

administração, da frequência, do estado de saúde geral, da expectativa no momento do uso e das circunstâncias em que são consumidas.

Assim, a totalidade da situação pode interferir nos efeitos que a droga tende a produzir, mesmo cada uma tendo uma conotação atribuída pela sociedade e algumas características próprias. As drogas atuam no cérebro afetando a atividade mental, por esta razão são denominadas psicoativas, e podem ser classificadas pela sua origem (naturais, semi-sintéticas e sintéticas); legalidade (legais e ilegais); ou mecanismos de ação (depressoras do sistema nervoso central, estimuladoras do sistema nervoso central e perturbadoras do sistema nervoso central).

Origem:

- Naturais, certas plantas que contém substâncias psicoativas usada diretamente como droga, ou extraída e purificada (cogumelos, por exemplo, consumidos em forma de chá).
- Semi-sintéticas, drogas resultantes de reações químicas realizadas em laboratório com a matéria prima natural (maconha, cocaína, crack, tabaco, álcool).
- Sintéticas, produzidas completamente em laboratórios (LSD, êxtase e medicamentos em geral, como os calmantes ou remédios para insônia, embora sejam produzidos com finalidade médica).

Legalidade:

- Drogas lícitas, uso permitido legalmente (álcool, tabaco, cafeína, inalantes e medicamentos).
- Drogas ilícitas, uso proibido legalmente (maconha, cocaína, crack, êxtase, LSD, etc).

Mecanismo de ação:

- Depressoras do Sistema Nervoso Central (SNC) que diminuem a atividade mental (ou inibe as funções psíquicas).
- Estimulantes do SNC, que aumentam a atividade mental (ou estimulam as funções psíquicas).

- Alucinógenas ou Perturbadoras do SNC, que alteram a percepção (ou perturbam as funções psíquicas).

Segundo (SILVEIRA e SILVEIRA, 2000, p.05-09) os mecanismos de ação são detalhados da seguinte forma:

a) Depressoras: Ansiolíticos ou Tranquilizantes, cuja origem são substâncias sintéticas produzidas em laboratórios e são conhecidas como sedativos e calmantes (Valium, Lexotan, Diazepan, Dienpax, Librium, Lorax, Rohypnol e Dalmadorm). Seus possíveis efeitos são alívio da tensão e da ansiedade, relaxamento muscular, sonolência, fala pastosa, descoordenação dos movimentos e falta de ar. Em altas doses podem causar queda da pressão arterial e quando usadas com álcool aumentam seu efeito, podendo levar à estados de coma, em grávidas podem causar má formação fetal.

Álcool Etilico. Sua origem é a partir da cana de açúcar, cereais ou frutas, através de um processo de fermentação ou destilação. Seus possíveis efeitos são em pequenas doses pode causar desinibição, euforia, perda da capacidade crítica, em doses maiores sensação de sonolência e sedação. O uso excessivo pode provocar náuseas, vômitos, tremores, sudorese, dor de cabeça, tontura, agressividade, diminuição da atenção, da capacidade de concentração e dos reflexos, o que aumenta riscos de acidentes. Seu uso prolongado pode ocasionar doenças graves como a cirrose no fígado e atrofia cerebral.

Inalantes ou Solventes tem sua origem nas substâncias químicas, conhecidos como Cola de sapateiro, esmalte, benzina, lança perfume, loló, gasolina, acetona, éter, tiner, aguarrás e tintas. Seus possíveis efeitos: Euforia, sonolência, diminuição da fome, alucinações, tosse, coriza, náuseas, vômito, dores musculares, visão dupla, fala enrolada, movimentos descoordenados e confusão mental. Em altas doses pode haver queda da pressão arterial, diminuição da respiração e dos batimentos cardíacos podendo levar à morte. Seu uso continuado pode causar problemas nos rins e destruição dos neurônios, podendo levar à artrofia cerebral. Seu uso prolongado está frequentemente associado a tentativas de suicídio.

Narcóticos (ópio e seus derivados), os quais tem origem extraída da papoula ou produtos sintéticos obtidos em laboratório. São conhecidos como heroína, morfina, codeína (xarope de tosse, Belacodid, Tilex, Elixir paregórico e Algafan), Dolantina, Meperedina e Demerol.

Seus possíveis efeitos: sonolência, estado de torpor, alívio da dor, sedativo da tosse, sensação de leveza e prazer, pupilas contraídas, pode haver queda da pressão arterial, diminuição da respiração e batimentos cardíacos podendo levar à morte. Na abstinência pode causar bocejos, lacrimejamento, coriza, sudorese, dores musculares e abdominais, febre, pupilas dilatadas e pressão arterial alta.

b) Estimulantes: Anfetaminas, cuja origem são substâncias sintéticas obtidas em laboratório. São conhecidas como metanfetamina, ice, bolinha, rebite, hipofagin, pervertin e preludin. Seus possíveis efeitos: Estimulam atividades física e mental, causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome, taquicardia, aumento da pressão sanguínea, insônia, ansiedade e agressividade. Em doses altas podem aparecer distúrbios psicológicos graves como paranóia, delírios e alucinações. Alguns casos evoluem para complicações cardíacas e circulatórias, convulsão e coma. Seu uso prolongado pode levar à destruição do tecido cerebral.

Cocaína, Crack é uma substância extraída da folha de coca, planta encontrada na América do Sul. Seus possíveis efeitos: Sensação de poder, excitação e euforia, estimula a atividade física e mental causando inibição do sono e diminuição do cansaço e da fome. O usuário vê o mundo mais brilhante, com mais intensidade, pode causar taquicardia, febre, pupilas dilatadas, sudorese, aumento da pressão sanguínea, insônia, ansiedade, paranóia, sensação de medo ou pânico, irritabilidade, agressão. Em alguns casos podem aparecer complicações cardíacas, circulatórias e cerebrais. Seu uso prolongado pode levar à destruição do tecido cerebral.

Tabaco é extraído da folha do fumo. Conhecido como: Cigarro, charuto, fumo. Seus possíveis efeitos: Estimulante, sensação de prazer, reduz o apetite podendo levar a estados crônicos de anemia. Seu uso prolongado causa problemas circulatórios, cardíacos e pulmonares. Esse hábito está freqüentemente associado ao câncer de pulmão, bexiga e próstata. Aumenta os riscos de aborto e parto prematuro, mulheres que fumam durante a gravidez tem em geral, filhos com peso abaixo do normal.

c) Substâncias Alucinógenas: Maconha, cuja substância é extraída da planta Cannabis Sativa. Seus possíveis efeitos: Excitação seguida de relaxamento, euforia, percepção errônea de tempo e espaço, fala em demasia, fome intensa, palidez, taquicardia, olhos avermelhados, pupilas dilatadas, boca seca, prejuízo da atenção e da memória para

fatos recentes, alucinações geralmente visuais e diminuição dos reflexos aumentando os riscos de acidentes. Em altas doses pode haver ansiedade intensa e pânico, paranóia. Seu uso contínuo prolongado pode levar a uma síndrome amotivacional.

Alucinógenos são substâncias extraídas de plantas em laboratório. São conhecidas como: LSD (ácido lisérgico), ácido, selo, microponto, psilocibina (extraída de cogumelos) e mescalina (extraída de cactos). Seus possíveis efeitos: Efeitos semelhantes ao da maconha, porém mais intensos. Alucinações, delírios, percepção deformada de sons, imagens e do tato, podem ocorrer —más viagens com ansiedade, pânico ou delírios.

Ecstasy é uma substância sintética do tipo anfetamina que produz alucinações. Conhecidas como: MDMA, êxtase, pílula do amor. Seus possíveis efeitos: Sensação de bem estar, plenitude e leveza, aguçamento da disposição e resistência física podendo levar à exaustão. Alucinações, percepção distorcida de sons e imagens, aumento da temperatura, desidratação podendo levar à morte. Com seu uso repetido, tendem a desaparecer as sensações agradáveis que podem ser substituídas por ansiedade, sensação de medo, pânico e delírios.

As possíveis razões para o uso dessas substâncias são: curiosidade, desinformação, contestação, prazer imediato, perigo/desafio, aceitação, pressão do grupo, insegurança, predisposição, depressão, conflito familiar, insatisfação, solidão, autodestruição, rejeição e personalidade.

Os fatores de risco são a curiosidade natural dos adolescentes, a opinião dos amigos, a facilidade de obtenção de substâncias, o ambiente familiar caótico, a crença de que o uso está generalizado e cada vez mais aceito, sintomas depressivos, a necessidade de novas experiências e emoções, a insegurança, a agressividade, pouca autoestima, pouca religiosidade, ausência de normas e regras claras, o insucesso escolar, e associação com grupos que apresentam desvios de comportamento.

No entanto, os fatores que protegem o indivíduo, afastando-o das drogas são os laços de família, a monitoração parental, o bom desempenho escolar, a vinculação com associações que promovem socialização saudável, a adoção de normas convencionais sobre o uso de drogas, a baixa disponibilidade da droga, a crença de que o consumo não é tolerado, e os programas de prevenção.

Pode-se fazer uma metáfora da sereia Iara, personagem do folclore brasileiro (lenda de origem indígena), em relação ao poder de sedução que as drogas exercem sobre algumas pessoas. Conta-se que Iara (também conhecida como mãe das águas) era metade sereia e metade mulher, uma mulher muito bonita, morena de cabelos negros e olhos castanhos, que ficava nos rios do norte do país (região amazônica), em cima das pedras das encostas e com seu irresistível canto atraía os homens (geralmente pescadores), que costumavam segui-la até o fundo do rio e nunca mais voltavam, e os poucos que conseguiam voltar ficavam loucos em função do encantamento da bela (LENDA FOLCLÓRICA – IARA, 2007). É exatamente o que ocorre com as pessoas que são atraídas para o uso de drogas, e segundo o que elas próprias relatam, quando se dão conta já estão —afundados‖ no vício.

A OMS em sua Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento do Código Internacional de Doenças (CID-10) de 1992 declara que —A síndrome da dependência é um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos‖. Diante disso, faz-se importante saber alguns conceitos correlacionados para melhor identificar particularidades das situações decorrentes desses fatores:

- Comorbidade: uma ou mais doenças associadas à dependência de substâncias psicoativas.
- Tolerância: O organismo acostuma-se com a dose administrada continuamente, diminuindo assim sua resposta à esta ou aquela substância. Para que ocorra o mesmo efeito, é necessário aumentar a dose para alcançar efeitos produzidos anteriormente com doses menores.
- Lapso: Episódio de uso da droga após algum tempo abstinente, é uma rescorregada que ocorre por um descuido, não deve ser confundida com recaída.
- Recaída: Retorno ao uso de droga após um período abstinente, retornando ao padrão de consumo anterior à abstinência ou ainda maior.
- Síndrome de abstinência: Alteração comportamental associada a sintomas fisiológicos e cognitivos decorrentes da interrupção ou redução abrupta na dose da droga consumida.

2.2 A drogadição e suas consequências

As substâncias psicoativas apresentam uma problemática milenar, porém é na pós-modernidade que toma um caráter de emergência necessitando de atenção diferenciada, pois sua área de abrangência é extensa, afetando o indivíduo, sua família e a sociedade. A dependência de substâncias psicoativas é uma doença biopsicossocial e espiritual de fundo emocional, é ainda progressiva, incurável e letal, reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como doença crônica. É válido salientar que toda doença crônica tem dificuldade de adesão em 30%, pois necessita de atenção a longo prazo e mudança no estilo de vida.

É um equívoco dizer que existem drogas leves e pesadas, essa distinção se faz a partir do seu uso e mesmo as drogas consideradas —leves‖ por algumas pessoas podem causar danos consideráveis ou até mesmo irreversíveis.

O fato da substância ser legal ou ilegal não tem nenhuma relação direta com o perigo que ela oferece, deve-se considerar ainda, que a cultura brasileira é tolerante em relação as drogas legalizadas. Por que é mais impactante ver um jovem fumando um cigarro de maconha ao ver amigos reunidos numa mesa de bar bebendo cerveja ou mesmo em casa quando alguém toma medicamentos para dormir? O álcool além de ser aceito pela sociedade é valorizado e estimulado pela mídia, que por sua vez influencia a população em relação a valores morais e éticos de conduta. Ao mesmo tempo se estimula se combate as drogas, e muitas vezes a iniciativa de enfrentamento por parte do Estado só é iniciada quando o indivíduo deixa de ser produtivo para o sistema capitalista.

É válido salientar que saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como —estado completo de bem estar biopsicossocial e espiritual, e não apenas ausência de doença‖.

A OMS (ano 2000) em Um Guia para a Família, classifica também o uso de drogas da seguinte maneira:

Uso na vida: o uso de drogas pelo menos uma vez na vida.

Uso no ano: o uso de drogas pelo menos uma vez nos últimos doze meses.

Uso recente ou no mês: o uso de drogas pelo menos uma vez nos últimos 30 dias.

Uso freqüente: uso de drogas seis ou mais vezes nos últimos 30 dias. Uso de risco: padrão de uso que implica alto risco de dano à saúde física ou mental do usuário, mas que ainda não resultou em doença orgânica ou psicológica.

Uso prejudicial: padrão de uso que já está causando dano à saúde física ou mental.

Ainda, segundo a OMS, a classificação dos usuários quanto a frequência do uso são:

Não usuário: nunca utilizou drogas.

Usuário leve: utilizou drogas no último mês, mas o consumo foi menor que uma vez por semana.

Usuário moderado: utilizou drogas semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês.

Usuário pesado: utilizou drogas diariamente durante o último mês.

No entanto, sob este mesmo raciocínio em relação aos usuários, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO, 2000) em Um Guia para a Família, difere sua classificação considerando:

Experimentador: pessoa que experimenta a droga, levada geralmente por curiosidade, aquele que prova a droga uma ou algumas vezes e em seguida perde o interesse em repetir a experiência.

Usuário ocasional: utiliza uma ou várias drogas quando disponíveis ou em ambiente favorável, sem rupturas (distúrbios) afetiva, social ou profissional.

Usuário habitual: faz uso frequente, porém sem que haja ruptura afetiva, social ou profissional, nem perda de controle.

Usuário dependente: usa a droga de forma frequente e exagerada, com rupturas dos vínculos afetivos e sociais. Não consegue parar quando quer.

Percebe-se que mesmo utilizando de metodologias semelhantes e tendo um objetivo comum em relação à classificação sobre drogas, especialistas da área, organizações de saúde e Instituições de pesquisas, acabam por realizar leituras que diferenciam-se entre si, ainda que minimamente nas diversas conceituações, fator este que é consequente da complexidade apresentada pela doença da dependência de substâncias psicoativas.

A OMS (ano 2000) em Um Guia para a Família, considera que o abuso de drogas não pode ser definido apenas em função da quantidade e frequência de uso. Assim, uma pessoa somente será considerada dependente se o seu padrão de uso resultar em pelo menos três dos seguintes sintomas ou sinais ao longo dos últimos doze meses: Forte desejo ou compulsão em consumir drogas; Dificuldades em controlar o uso, seja em termos de início, término ou nível de consumo; Uso de substâncias psicoativas para atenuar sintomas de abstinência, com plena consciência dessa prática; Estado fisiológico de abstinência; Evidência de tolerância, quando o indivíduo necessita de doses maiores de substância para alcançar os efeitos obtidos anteriormente com doses menores; Estreitamento do repertório pessoal de consumo, quando o indivíduo passa, por exemplo, a consumir drogas em ambientes inadequados, a qualquer hora, sem nenhum motivo especial; Falta de interesse progressivo de outros prazeres e interesses em favor do uso de drogas; Insistência no uso da substância, apesar de manifestações danosas comprovadamente decorrentes desse uso; Evidência de que o retorno ao uso da substância, após um período de abstinência, leva a uma rápida reinstalação do padrão de consumo anterior.

Fica explícito quão delicado é definir o momento em que uma pessoa deixa de ser usuária e torna-se dependente, pois para isso, é necessário além de identificar-se em situações já exemplificadas nas classificações da OMS, estar usando algum tipo de droga com uma frequência que já indique prejuízo à sua saúde física e mental.

Como o uso abusivo de drogas tem crescido muito nos últimos anos e atingido várias classes sociais (inclusive a classe alta), a falta de conhecimento da população faz perpetuar uma dúvida praticamente unânime que aponta uma incoerência ao se tratar de um jovem dependente de substâncias psicoativas com boas condições financeiras, carro do ano, colégio particular, família aparentemente equilibrada e oportunidades de tornar-se um adulto com previsões de um futuro brilhante. Por que justamente esse jovem que —tem tudol, passa a fazer uso de drogas? Esta questão é bem mais profunda do que se imagina, e segundo Zago (1988, p.29-35) tem seu início na infância, onde o primeiro contato que um bebê tem é através do seio da mãe para se alimentar do leite, e este não representa à criança só alimento, não é por acaso que o leite vem da mãe. Neste processo de amamentação se desenvolve o afeto, e este sentimento é a matriz das futuras relações sociais da criança. É por isso que algumas crianças são nutridas, mas tem carência de afeto, pois na correria do dia a dia, os pais não encontram tempo de dar, ou quando encontram já não estão mais em condições de fazer essa troca afetiva com o filho, estão cansados, então é —melhor calarll do que incentivar um diálogo entre a família.

Com muita facilidade consegue-se relacionar a ausência dos pais com sua vida profissional, eles acumulam riquezas para dar melhores condições ao filho numa sociedade onde tudo é material, quanto mais se tem, mais se é; o indivíduo precisa consumir produtos da sociedade para sentir-se parte dela e cada vez experimenta mais produtos (condicionados pela mídia que a cada dia cria ou facilita o surgimento de uma nova necessidade), tudo isso para concretizar uma ideologia (valores, idéias, crenças, padrões). Então consome-se tudo, inclusive drogas.

O uso prejudicial de substâncias psicoativas tornou-se um grave problema para a saúde pública mundial, e a tarefa de prevenir seu consumo só será eficaz se for construída sob uma responsabilidade compartilhada, ou seja, com integração da rede de serviços (das políticas públicas) e de profissionais especializados em diferentes áreas para intervir neste contexto, já que a questão das drogas afeta uma dinâmica geral de relações interpessoais.

As drogas agem no cérebro exatamente como pontua Silva (1998, p.38-39) quando relata:

Nosso cérebro se compõe de muitos bilhões de células especializadas, os neurônios, cada um com seus prolongamentos ramificados (as dendrites) e um prolongamento axial (axônio). Esses prolongamentos, como se fossem fios elétricos, conduzem impulsos nervosos. O neurônio, ao receber um impulso (visual, olfativo, etc.), pode passá-lo para muitos outros. Em certas áreas do cérebro, um único neurônio pode se comunicar com outros 250 mil colegas. Os neurônios não ficam interligados. Há uma brecha entre um e outro, a sinapse. Para o impulso nervoso seguir adiante, o neurônio libera para dentro da sinapse uma substância química, que reage com o neurônio seguinte e lhe passa a informação. Esta vai caminhar pelo axônio até o final do novo neurônio, e assim sucessivamente. Chamamos tal substância química de neurotransmissor; e de receptor à parte do neurônio que recebe o neurotransmissor. Conforme a região do cérebro e a função de cada neurônio, existem diversas substâncias químicas ou neurotransmissores. Toda vez que usa um neurotransmissor, o neurônio fabrica mais um tanto, para que não falte da próxima vez. Mas ele é econômico: muitas vezes, consegue recuperar uma parte não-usada de neurotransmissor, que armazena nas vesículas sinápticas. O neurônio possui também mecanismos para eliminar o neurotransmissor usado. A maioria das substâncias age exatamente nos neurotransmissores: umas interferem na fabricação; outras, no armazenamento; outras, no mecanismo de destruição. Existem ainda aquelas que atuam nos receptores dos neurônios. Assim, as drogas, em suma, alteram

a interação dos bilhões de neurônios cerebrais; alteram a ligação entre eles. Fazem isto de três maneiras:

1. Estimulando o cérebro, fazendo-o funcionar mais depressa. São os estimulantes do SNC, o sistema nervoso central.
2. Reduz a atividade cerebral, fazendo o SNC funcionar mais devagar. São os depressoress.
3. Cruzando e potencializando entre si os sentidos, naquilo que se pode chamar de sinestesia, ou efeito sinestésico: a pessoa vê coisas, ouve sons, sente cheiros inexistentes. São os alucinógenos. Os efeitos, naturais do organismo, são amplificados por essas substâncias.

Com toda certeza pode-se afirmar que ocorrem danos, muitas vezes irreversíveis (pois os neurônios danificados pelo uso de drogas não se regeneram) provocados pelas substâncias psicoativas no cérebro dessas pessoas, e o mais curioso é que a maioria delas não tem consciência dessa modificação cerebral. É por este motivo que ao pensar que ter autocontrole é uma tarefa fácil, muitas pessoas experimentam drogas e tornam-se dependentes.

A intenção do uso de drogas é totalmente contrária do que elas realmente produzem, as pessoas fazem uso buscando um mundo diferente daquele que vivem, querem aventura e acabam manipuladas, encarceradas na mais amarga das prisões (CURY, 2002, p.60).

Foge do entendimento de pessoas não usuárias, o prazer que as drogas proporcionam para o dependente, como afirma Tiba (2003, p. 282):

Determinadas substâncias têm o poder de propiciar momentos tão intensos e fugazes de felicidade artificial. A explicação está na química cerebral. As drogas alteram os neurotransmissores, produzindo sensações tão agradáveis e recompensadoras que o dependente tende a procurá-las novamente e cada vez mais.

Verifica-se que as sensações agradáveis são uma forma de fazer com que o indivíduo se torne dependente, porém —nem tudo o que propicia prazer é saudável (CURY, 2002, p.65).

Concomitantemente, essas sensações são experimentadas pelo dependente e por sua família e, diferentemente interpretadas já que para o dependente as sensações são agradáveis e para a família são um terror. Consequentemente, os vínculos afetivos vão se tornando fragilizados, pois no geral, a qualidade das relações do usuário é conturbada e suas emoções estão em cárcere, deixando-o num estado de total confusão (não sabe o que realmente deseja fazer e o que faz por pressão de pessoas próximas), por isso não é firme em suas intenções, além disso perde gradativamente o prazer que tinha anteriormente por outras atividades conforme pontua Cury (2002, p. 35) quando relata:

À medida que os usuários se submetem aos intensos efeitos das drogas, vão se psicoadaptando a eles e, conseqüentemente, só conseguem excitar a emoção diante de um estímulo potente. Como raramente temos no ambiente social estímulos que excitam a emoção tanto quanto as drogas psicotrópicas, os usuários acabam perdendo, sem o perceberem, o prazer produzido pelos pequenos estímulos da rotina diária. Com o decorrer do tempo, eles se tornam infelizes, com grande dificuldade de sentir prazer pela vida.

A psicoadaptação como refere Cury (2002, p.33) é: —incapacidade da emoção humana de sentir prazer ou dor frente à exposição do mesmo estímulo.

O dependente não realiza nada em seu cotidiano que não esteja relacionado às drogas, seja para consumi-las ou conseguir obtê-las (as drogas passam a ser o centro das atenções), conforme esse uso aumenta, a capacidade do seu ego é diminuída, assim, o indivíduo deixa de desenvolver mecanismos para suportar emoções e precisam estar sempre sob efeito de drogas como mecanismo de defesa. Geralmente perdem o trabalho, pois, além da visível queda de produção, as relações com os demais colaboradores podem ser afetadas; não são resilientes (apresentando dificuldade em aprender com suas próprias experiências); não conseguem respeitar limites; tem dificuldades de aceitação; conflitos nas relações familiares; querem eliminar os problemas decorrentes da dependência, mas não querem parar de usar drogas e, além disso, facilmente ingressam no —mundo da criminalidade, pois o uso de drogas inibe a reflexão e induz ao comportamento.

O grupo de rap Racionais Mcs interpreta a música intitulada —Crime Vai e Vem, composta por Edi Rock e Ice Blue no álbum —1000 Trutas 1000 Tretas de

2006, e afirma: —O vício da morte está a venda. Além da periculosidade expressa neste trecho e a indução dos dependentes num projeto de morte, o —estar a vendal remete a um aspecto diretamente correlacionado ao tráfico de drogas.

O fator da criminalidade fica explícito ao observar o cotidiano das penitenciárias, onde são detidos um número muito grande de pessoas dependentes de drogas, como por exemplo, os:

Laranjas. São os presos que assumem a autoria de crimes que não cometeram. Geralmente são adolescentes primários viciados em drogas. Endividados, sofrem sérias ameaças dos traficantes; para não morrer, assinam a autoria de assassinatos, geralmente resultantes de acerto de contas entre traficantes rivais. Dessa maneira, os laranjas aumentam suas condenações em dezenas de anos por crimes que não cometeram (JOCENIR, 2001, p.95).

Dependentes de drogas, não raramente cumprem pena como se fossem traficantes, e por esse motivo o sistema penitenciário acaba punindo uma parcela de indivíduos que na verdade ocupam o lugar dos que realmente deveriam estar reclusos, mas estes estão nas ruas aliciando outros viciados para o mesmo fim, como pontua Jocenir (2001, p.107).

O tráfico é facilitado devido a enorme extensão de fronteiras existentes no Brasil, que vulnerabilizam a entrada e saída de drogas do país, exercendo grande poder sobre os dependentes.

O movimento do tráfico não perdoa nada no —acerto de contas, por muito pouco tiram facilmente a vida das pessoas, sem contar que dispõe da cumplicidade das comunidades que são utilizadas como —pano de fundo para as mais bárbaras situações. O traficante contribui no que for necessário, desde que reine a —lei do silêncio (contrato tácito para sobrevivência que não se encontra em termos legais) como na música —Nunca vi ninguém dar dois em natal interpretada por Bezerra da Silva e composta por Caboré, Pinga e Menilson do álbum —Produto do Morro de 1983:

Para morar no morro tem que ter muita versatilidade, ouvir muito e falar pouco, ser bom malandro e ter muita amizade, permanecer na lei que é de Murici e o provérbio que diz não sei de nada, cada um trata de si.

Se o silêncio for quebrado por algum morador do local onde o tráfico de drogas atua, os integrantes do tráfico punem o delatador, chamados popularmente de —caguetas como na música intitulada —Língua de Tamanduá, composta por Valmir e Tião Miranda, também interpretada por Bezerra da Silva no álbum —Alô Malandragem, Maloca o Flagrant de 1986 que diz:

É e você já sentiu que a rapaziada não está lhe aceitando, porque sua língua nervosa tudo o que vê sai falando, agora

canalha a barra pra você pesou, o seu nome já entrou na lista dos condenados e a hora chegou, vai levar eco pra deixar de ser o delator.

O furto, o roubo, o assassinato, o latrocínio, entre outros delitos, também justificam a privação da liberdade de dependentes de substâncias psicoativas, pois, com frequência, cometem crimes com a intenção de obter drogas para o próprio consumo, amenizando assim a fissura. Como refere Silva (1998, p.156):

As drogas são uma tragédia para os viciados. Mas tratar o uso delas como crime converte aquela tragédia em desastre para toda a sociedade.

Esta é uma crítica muito polêmica por minimizar a periculosidade do dependente de drogas com a justificativa de que trata-se de uma doença crônica, e esta necessita de tratamento. Por um lado, as ações policiais seriam dificultadas no momento da abordagem do indivíduo, já que a tendência do traficante é se esquivar desse exercício, negando seu envolvimento com vendas, para que seja encaminhado a centros de tratamento em vez de penitenciárias. Por outro lado, a questão das drogas seria melhor tratada, pois classificaria e diferenciaria usuários de traficantes, além de lhes aplicar uma medida de teor justo, e quem sabe assim, colaborar para o combate ao consumo e ao tráfico de drogas.

2.3 As alternativas de tratamento

Para cada momento histórico, para cada sociedade, houve um tratamento para a dependência de substâncias psicoativas, e a sociedade atual também não escapa disso. Discute-se, cada vez mais qual a melhor solução, qual o melhor caminho a ser trilhado para a manutenção da abstinência, e quando se deve oferecer ajuda.

Existe uma tendência da população geral, em esperar que o tratamento deste transtorno seja tão rápido e eficaz quanto de uma fratura de fêmur ou de uma pneumonia. A tendência atual é considerar a dependência como uma condição que requer um tratamento crônico, à semelhança de tantas outras doenças como hipertensão arterial, diabetes e asma. A dependência de substâncias psicoativas produz mudanças cerebrais, psicológicas e sociais que não desaparecem após a desintoxicação e, portanto, o tratamento deve observar uma série de cuidados coordenados por um período prolongado, mesmo quando houver recaída.

Poucas áreas no campo da Saúde Mental apresentam tantas dificuldades terapêuticas como a de dependência de substâncias psicoativas. Diante de um dependente, o profissional, médico ou não, deve primeiramente atentar para o fato de que a dependência de substâncias psicoativas não é uma condição circunscrita, como o seria, por exemplo, uma doença infecciosa, cuja cura pode ser realizada em poucas semanas, com o antibiótico apropriado. Aqui, não há cura, mas tratamento; e não há tratamento único e padronizado, mas múltiplos tratamentos padronizados e individualizados, de forma que qualquer um pode ser melhor do que nenhum (BERNIK, 1991).

Além disso, o profissional é defrontado com uma doença que, como poucas, atinge várias dimensões da vida da pessoa (social, profissional, biológica), e para tratamento, há que se ter uma equipe multidisciplinar que atenda as dimensões apresentadas pelo dependente.

O atendimento as pessoas dependentes de substâncias psicoativas, necessitam de tratamentos diferenciados, dependendo da situação em que se encontram. Precisam muitas vezes de uma abordagem multidisciplinar, ou seja, de muitos profissionais com formações diferentes além de modelos diferentes de atendimento. São pacientes que precisam também de reintegração social, acompanhamento e colaboração da família (CRUZ e FERREIRA, 2006).

Nas últimas décadas, uma grande reforma da assistência à saúde mental foi iniciada, com a participação de profissionais de saúde e gestores públicos federais, estaduais e municipais, pacientes, e também membros das comunidades. Antes disso, as pessoas com transtornos mentais eram atendidas em serviços públicos e internadas em hospitais

psiquiátricos. Portanto, pessoas que tinham problemas com álcool ou outras drogas só tinham como opção a internação psiquiátrica.

Constatou-se então, que os pacientes precisavam de um atendimento multidisciplinar, ou seja, de mais profissionais com formações diferentes, assistência médica, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, etc. Precisam também de reintegração social, o que só pode ser alcançado com a participação e o compromisso desses profissionais e da sociedade em geral.

Segundo o vídeo informativo disponibilizado pelo site (www.youtube.com, 2010) criado pelos próprios dependentes em recuperação do grupo de mútua ajuda dos Narcóticos Anônimos (NA), os indivíduos sentem no início uma grande dificuldade em admitir que são dependentes, pois costumam achar que é só uma fase difícil. As vezes conseguem visualizar que têm problemas com drogas, mas não se consideram dependentes, acham que —conseguem controlarl, e mesmo que isso fosse verdade à princípio, já não é mais.

As drogas controlam as pessoas de maneira que elas vivem para usar e usam para viver; elas começam a usar sozinhas, depois substituem uma por outra achando que a primeira era o problema, ou usam a segunda para rebater os efeitos da primeira. Regularmente fazem uso de uma droga quando acordam ou antes de dormir, ou usam vários tipos diferentes, sem saber de antemão seus possíveis efeitos.

O desempenho no trabalho e as relações (inclusive sexuais) são prejudicados, eles roubam, matam e são com frequência presos ou internados devido ao uso de drogas. Geralmente, mentem em relação à quantidade de drogas utilizada, se alimentam mal, dormem mal e a idéia de ficar sem drogas começa a assustá-los, acreditam que é impossível viver sem elas, (que não conseguirão se adequar ou se divertir) por isso ficam na defensiva, sentindo-se culpados ou envergonhados pelo uso; costumam ter medos irracionais e tudo é motivo para o uso, inclusive a dor emocional e o stress, e apesar das consequências negativas, continuam usando.

Talvez todas as drogas utilizadas não sejam tão importantes quanto o motivo que levaram ao seu uso. Perdem a autoestima, parentes queridos e o desejo de viver, e se uma pessoa ainda não chegou a esse ponto para pedir ajuda, não precisa chegar.

Para que as pessoas mudem seu comportamento e iniciem o tratamento, precisam se sentir prontas e capazes de mudar. Por este motivo acredita-se que o indivíduo passe por diferentes estágios até iniciar de fato o tratamento oferecido.

DiClemente (2003) descreve a prontidão para mudar, como —estágios de mudança pelos quais o indivíduo transita. Este modelo está baseado na premissa que a mudança comportamental é um processo, e que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar.

No estágio da pré-contemplação, deve-se fornecer ao paciente informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas; incentivá-lo a pensar nos riscos relacionados ao seu uso de substâncias; e encorajá-lo a pensar na possibilidade de diminuição ou interrupção do uso.

No estágio da contemplação, deve-se fornecer ao paciente informações claras sobre os riscos que envolvem o uso de drogas; orientá-lo sobre possíveis estratégias para diminuir ou parar o consumo; e incentivá-lo a falar sobre as vantagens e desvantagens de seu uso.

No estágio da preparação, deve-se ajudar o paciente a desenvolver um plano para a mudança de comportamento; identificar, junto com o paciente, as dificuldades que podem surgir durante o processo de mudança de comportamento; e estabelecer estratégias para que ele possa enfrentá-las (estratégias de enfrentamento).

No estágio da ação, deve-se encorajar o paciente a colocar em prática os planos para a mudança de comportamento.

No estágio da manutenção, deve-se elogiar o paciente pelo sucesso da mudança de comportamento; e reforçar as estratégias de enfrentamento para prevenir a recaída.

E, finalmente, no estágio da recaída, deve-se identificar, junto com o paciente, as situações de risco relacionadas à recaída (ex: onde ele usou com quem, o que o motivou a usar); estabelecer estratégias de enfrentamento para as novas situações de risco identificadas nesta etapa; reforçar e fortalecer as estratégias de enfrentamento anteriormente estabelecidas; e encorajar o paciente a recomeçar.

O National Institute On Drug Abuse (NIDA, 1998) através do site www.uniad.org.br, apresenta treze princípios para que um tratamento seja efetivo, a saber:

1. Nenhum tratamento é efetivo para todas as pessoas.

2. O tratamento deve estar disponível.
3. O tratamento deve atender as várias necessidades do dependente enquanto comorbidades.
4. O tratamento deve ser flexível (prioridades e objetivos podem sofrer mudanças).
5. O usuário deve permanecer em tratamento o tempo que for suficiente.
6. O aconselhamento psicológico é importante para a —reengenharia socialll onde o usuário busca outros prazeres.
7. As medicações podem ser importantes.
8. A comorbidade deve ser tratada pois apresenta chances de recaída.
9. A desintoxicação é importante, mas só representa uma parte do tratamento.
10. O tratamento para ser efetivo não necessita ser voluntário (em circunstâncias específicas, com psiquiatra responsável).
11. É importante o monitoramento para saber se a pessoa está ou não usando drogas (realizado com mais frequência em tratamentos ambulatoriais).
12. Saber fazer o diagnóstico de outras doenças que podem existir e serem detectadas precocemente através do comportamento do dependente.
13. O tratamento é um processo longo e pode ter vários episódios.

Estes princípios contém todas informações que devem nortear os diversos tipos de tratamento, que na realidade são voltados para o mesmo propósito. Quanto mais próximo desses princípios o tratamento for realizado, maiores as chances de sua efetividade.

Por não existir um protocolo universal (modelos prontos e acabados), a questão do tratamento gera muito mais polêmicas do que consensos, eles podem ser encontrados tanto na rede de atendimento pública, quanto privada (com ou sem fins lucrativos) e universitária.

Existem vários locais, modelos e métodos de tratamento que devem (ou deveriam) ser adotados de acordo com a necessidade de cada dependente e suas vontades, e não o contrário, pois cada um tem suas próprias características e está num estágio diferente da doença.

Entre as alternativas de tratamento para dependência de substâncias psicoativas, pode-se apresentar o tratamento ambulatorial (como o CAPS ad); os psicoterápicos; os

grupos de mútua ajuda (AA, NA, Amor Exigente entre outros); as Comunidades Terapêuticas, o tratamento hospitalar (geral ou psiquiátrico), entre outros, podem ainda ser públicos ou privados.

Independente da opção de tratamento, o indivíduo deve ser atendido de forma individualizada e receber atenção a todas suas necessidades, inclusive às possíveis comorbidades. Não é viável tratar de um dependente somente o aspecto da dependência, se ela está associada à depressão, por exemplo, pois em momentos depressivos, mesmo estando abstinente de droga, vai certamente procurá-la para tentar amenizar a depressão.

Os tratamentos devem ser flexíveis por uma série de fatores já citados e, vale ressaltar que os —Doze Passos‖ (programa criado nos Estados Unidos em 1935 por William Griffith e Dr. —Bob‖ Smith) é a estratégia central da grande maioria dos grupos de mútua ajuda, eles representam o sumário do processo de tratamento, escrito pelos próprios integrantes do A.A, são eles:

1. Admitimos que éramos impotentes perante o álcool - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.
2. Viemos acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.
3. Decidimos entregar nossa vontade e nossas vidas aos cuidados de Deus na forma em que O concebíamos.
4. Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.
5. Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano a natureza exata de nossas falhas.
6. Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.
7. Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

8. Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.
9. Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-lo significasse prejudicá-las ou a outrem.
10. Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.
11. Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que o concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.
12. Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes passos, procuramos transmitir esta mensagem aos alcoólicos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

Porém, existem tratamentos que não aceitam os —Doze Passos‖ pois eles não são reconhecidos cientificamente e alguns críticos dizem que eles fazem referência religiosa, embora não seja mencionada nenhuma denominação. Alguns tratamentos indicam os grupos de mútua ajuda como pós tratamento, outros ainda, pontuam que ele deve ser realizado paralelamente ao tratamento, incluído na rotina.

Ainda, em relação ao grupo de mútua ajuda, foram criadas as —Doze

Tradições‖, que constituem os meios para incentivar a harmonia e o crescimento dentro do Nar-Anon (programa voltado a amigos e, principalmente, familiares de dependentes de drogas, com foco na recuperação emocional dos prejuízos causados por eles, essas pessoas reúnem-se para aprender que a dependência é uma doença, para compartilhar as dificuldades, substituir o desespero pela esperança, melhorar o relacionamento familiar e readquirir autoconfiança) e dentro da irmandade mundial Nar-

Anon como um todo (ou do Al-Anon, mesmo programa, porém, mais especificamente voltado a amigos e familiares de dependentes do álcool) criando as seguintes regras:

1. Nosso bem-estar comum deveria vir em primeiro lugar; o progresso pessoal do maior número de membros depende da unidade.
2. Para nosso propósito de grupo há somente uma autoridade — um Deus amoroso que pode Se manifestar em nossa consciência de grupo. Nossos líderes são apenas servidores de confiança; eles não governam.
3. Os parentes de adictos quando se reúnem para prestar ajuda uns aos outros, podem chamar-se de Grupo Familiar Nar-Anon, desde que, como grupo, não tenham nenhuma outra afiliação. O único requisito para ser membro é que exista um problema de dependência química num parente ou amigo.
4. Cada grupo deveria ser autônomo, exceto em assuntos que afetem um outro grupo, o Nar-Anon, ou o NA como um todo.
5. Cada Grupo Familiar Nar-Anon tem apenas um propósito: prestar ajuda a familiares de adictos. Fazemos isso, praticando os 12 Passos de Nar-Anon, encorajando e compreendendo nossos parentes adictos, bem como acolhendo e proporcionando alívio a familiares de adictos.
6. Nossos Grupos Familiares Nar-Anon nunca deveriam endossar, financiar ou emprestar nosso nome a qualquer empreendimento de fora, para que problemas de dinheiro, propriedade e prestígio não nos desviem de nosso objetivo

espiritual primordial. Embora sendo uma entidade separada, deveríamos sempre colaborar com Narcóticos Anônimos.

7. Cada grupo deveria ser totalmente auto-suficiente, recusando contribuições de fora.

8. O trabalho do Décimo Segundo Passo Nar-Anon deveria sempre permanecer não profissional, mas nossos centros de serviço podem contratar funcionários especializados.

9. Nossos grupos, como tais, nunca deveriam ser organizados, mas podem criar juntas de serviço ou comitês diretamente responsáveis por aqueles a quem prestam serviço.

10. Os Grupos Familiares Nar-Anon não opinam sobre questões de fora, portanto nosso nome jamais deveria ser envolvido em controvérsia pública.

11. Nossa política de relações públicas se baseia na atração, não na promoção; precisamos manter sempre o anonimato pessoal, a nível de imprensa, rádio, TV e filmes. Precisamos proteger, com o máximo cuidado, o anonimato de todos os membros de NA.

12. O anonimato é a base espiritual de todas as Tradições, lembrando sempre de colocar os princípios acima das personalidades.

O CAPS ad (estabelecido e apresentado enquanto modelo de funcionamento na Portaria/GM nº 336 de 19 de Fevereiro de 2002, disponível no site www.brasilsus.com.br) é a porta de entrada do paciente dependente de álcool e outras drogas no Sistema Único de Saúde - SUS. É um serviço ambulatorial territorializado que integra uma rede de atenção em substituição à —internação psiquiátrica", e que tem como princípio a reintegração social. Apenas são atendidos os pacientes que buscam ajuda, já que o tratamento é aberto,

isto é, não há internação ou qualquer outro procedimento se não houver a vontade do dependente.

Para que o atendimento seja realizado, é necessário se apresentar em uma unidade do CAPS ad e acompanhar uma reunião no grupo de acolhimento, durante este primeiro contato o paciente obtém informações sobre como funciona o CAPS ad e que tipo de atendimento é prestado. Caso decida participar, passa então por uma consulta de triagem, na qual é avaliado para encaminhamento ao tratamento mais adequado. Existe o Programa Intensivo: fase em que o dependente encontra-se em estágio agudo e mais vulnerável, necessitando de um acompanhamento efetivo, onde homens e mulheres com dependência de álcool e outras drogas são atendidos diariamente; o Semi-Intensivo: fase em que o dependente pode apresentar sensível melhora passando por um novo momento em que os grupos são separados por sexo, tipos de dependência (de acordo com a substância psicoativa utilizada), faixa etária e evolução da abstinência; e o NãoIntensivo: fase em que os atendimentos em grupos ocorrem quinzenal ou mensalmente, onde se segue a mesma condição do Semi-Intensivo, com exceção do grupo de redução de danos, destacando o trabalho da prevenção de recaída, e proposta de alta.

O CAPS ad faz parte de uma rede criada pelo Ministério da Saúde e indica que, na constituição de rede, devem participar todos os recursos afetivos (relações pessoais, familiares, amigos etc.), sanitários (rede de saúde), sociais (moradia, trabalho, escola, esportes etc.), econômicos (dinheiro, previdência, etc.), culturais, religiosos e de saúde nos esforços de cuidado e reabilitação psicossocial.

O manejo clínico e medicamentoso dos pacientes está condicionado à gravidade da síndrome de abstinência. Dependendo das complicações é necessária a internação hospitalar para realizar o tratamento.

Este atendimento ambulatorial pode, em casos menos graves, ser uma boa alternativa de tratamento, uma vez que, é de baixo custo, não interrompe a vida do indivíduo, favorecendo sua permanência no trabalho e na vida familiar. Já o tratamento hospitalar destina-se aqueles com síndrome de abstinência aguda, por se tratar de um ambiente protegido e

mais seguro para manejar complicações. (MARQUES e RIBEIRO, 2006).

Na psicoterapia são variados os formatos, e além de observar os principais modelos, e compará-los entre si, é possível ainda, compará-los com o primeiro modelo (AA), que não é definido como um modo de psicoterapia, e como pontua Pechanski por meio do curso supera (2006), se tem:

- Os Doze Passos (AA, Al-Anon, Al-A-Teen, NA)

Características e filosofia: Não médico (leigo); grupo de mútua-ajuda; utiliza o conceito de doença irreversível.

Vantagens: Custo baixo; muito acessível; apoio grupal por dependentes já recuperados.

Desvantagens: Conceito moral; grupo como única modalidade de tratamento psicoterapêutico.

Indicações: Dependentes com baixa autoestima; pacientes que respondem a abordagens sociais e de grupo; pacientes que não questionam o modelo.

- A Entrevista motivacional

Características e filosofia: não utiliza conceito de "doença"; aplicada nas fases iniciais de tratamento; centrada no paciente e na empatia do terapeuta;

Vantagens: Não gera resistências e sim busca contorná-las; é abrangente; aborda ambivalências.

Desvantagens: Há necessidade de treinamento específico por parte do terapeuta.

Indicações: Para pacientes com grande nível de negação sobre seus problemas e que tenham bastante capacidade de verbalização.

- A Intervenção breve e as técnicas de moderação

Características e filosofia: Abordagem não estigmatizante (por exemplo, não lida com a expressão "alcoolismo"); a meta é abordar os "problemas" objetivamente.

Vantagens: Custo e tempo reduzidos; centrado em metas parciais; boa adesão; sem estigma.

Desvantagens: Necessita alto índice de motivação; não aborda outros componentes emocionais; não é útil para pacientes que não têm hábito de registrar comportamentos.

Indicações: Dependentes em grau leve/moderado (beber controlado); Dependentes sem complicações clínicas.

- A Prevenção de recaída

Características e filosofia: Estimula aumento da auto-confiança; característica preventiva; encara a recaída como parte do processo.

Vantagens: Custo e tempo reduzidos; objetivos visíveis; boa adesão.

Desvantagens: Necessita de alto índice de motivação; não aborda outros componentes emocionais.

Indicações: Dependentes em grau moderado; dependentes sem complicações clínicas.

- A Terapia de família

Características e filosofia: Centra o problema e sua resolução no âmbito familiar ("a família é que tem o problema"); utiliza o conceito de co-dependência.

Vantagens: Aborda sistematicamente diversos aspectos do uso de substâncias, centrando-os nos vários componentes familiares.

Desvantagens: Não permite foco individualizado no dependente; pode necessitar mais de um terapeuta.

Indicações: Famílias gravemente disfuncionais; famílias com mais de um dependente; famílias com prejuízos importantes causados pelo uso de substâncias e com impacto nos filhos.

- A Psicoterapia dinâmica

Características e filosofia: Centrada no estilo de relacionamento interpessoal do dependente através da utilização de drogas; busca compreender conflitos psicológicos que levam ao uso de drogas.

Vantagens: Profunda; Permite grande auto-conhecimento por parte do paciente.

Desvantagens: Necessita maior tempo de duração para obtenção dos resultados; pode necessitar de outros tratamentos auxiliares; necessita grande treinamento por parte do terapeuta.

Indicações: Pacientes em abstinência; contra-indicada para dependentes graves, com muita dificuldade de controlar consumo; pacientes com condições de compreensão psicológica (capacidade de "insight").

As Comunidades Terapêuticas – CT (Regidas pela RDC-101 – ANVISA de 30 de maio de 2001) são unidades que tem por função a oferta de ambiente protegido, técnica e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários abusivos e/ou dependentes de substâncias psicoativas durante período estabelecido de acordo com programa terapêutico.

Suas características são: instrumento terapêutico de convivência entre os pares (que servem de espelho da consciência social de seus atos); estimulação da explicitação da patologia frente a seus pares; o residente é o principal ator de seu tratamento e a equipe oferece apoio.

As CTs tem como objetivos deter a doença e recuperar a pessoa. Seus critérios de elegibilidade são a internação voluntária, a abstinência total (na maioria das CTs), a ausência de comorbidade grave e a aceitação do programa apresentado. Normalmente são Instituições filantrópicas, em geral religiosas, que atendem no regime de internação. Elas têm um papel importante como rede de proteção social e como instituições de atenção complementar à rede SUS. O Ministério da Saúde realizou em 2003-2004 um levantamento preliminar dessas Instituições, e reconhece sua importância na atenção, especialmente porque não era da tradição da saúde pública brasileira atender ao problema de álcool e outras drogas, e as organizações religiosas e/ou filantrópicas vieram suprir uma lacuna importante da política pública. Com a expansão da rede de CAPS, ambulatórios e hospitais gerais, vai se configurando um novo desenho na articulação do SUS (especialmente no âmbito local) com as comunidades terapêuticas. (DE LEON, 2003).

Já os grupos de mútua ajuda como o A.A., por exemplo, são irmandades de homens e mulheres que compartilham suas experiências, forças e esperanças, a fim de resolver um problema comum e ajudar o outro a se recuperar do alcoolismo. O único requisito para se tornar membro é o desejo de parar de beber. Para ser membro de A.A. não há taxas ou

mensalidades, pois são autosuficientes, devido às suas próprias contribuições. Este grupo não está ligado a nenhuma seita ou religião, nenhum partido político, nenhuma organização ou Instituição, não deseja entrar em qualquer controvérsia, e não apóia nem combate quaisquer causas.

Como já citado, seus membros dividem suas experiências com qualquer um que procure ajuda com problemas de alcoolismo, e dão depoimento cara a cara em reuniões, ou apadrinhando o alcoólico recém chegado em A.A. Essas reuniões podem ser abertas, temáticas abertas, fechadas, de passos, em Instituições e clínicas. O programa é proposto em Doze Passos, que proporciona ao alcoólico uma maneira de desenvolver satisfatoriamente a vida sem o álcool.

É importante esclarecer também o que o A.A. não realiza, que é, por exemplo, recrutar membros ou tentar aliciar alguém para juntar-se ao grupo; manter registro de seus membros ou de suas histórias; acompanhar ou tentar controlar seus membros; fazer diagnósticos ou prognósticos clínicos ou psicológicos; providenciar hospitalização, medicamentos ou tratamento psiquiátrico; fornecer alojamento, alimentação, roupas, emprego, dinheiro ou outros serviços semelhantes; fornecer aconselhamento familiar ou profissional; participar de pesquisas ou patrociná-las; filiar-se a entidades sociais (embora muitos de seus membros e servidores cooperem com elas); oferecer serviços religiosos; participar de qualquer controvérsia sobre álcool ou outros assuntos; aceitar dinheiro pelos seus serviços ou contribuições de fontes não A.A.; fornecer cartas de recomendação a juntas de livramento condicional, advogados, oficiais de justiça, escolas, empresas, entidades sociais ou quaisquer outras organizações ou instituições.

Outro método de tratamento bastante conhecido e utilizado em diversos locais é o —Minessotal. Ele possui uma abordagem multidisciplinar, tem sua base estruturada também no programa dos —Doze Passos‖ do grupo de mútua ajuda A.A, e as seguintes concepções (disponíveis no site www.obid.senad.gov.br, 2010):

Dependência química é uma doença e não um sintoma de outra patologia. É uma doença multifacetada e multidimensional. O motivo inicial que leva ao alcoolismo

não está relacionado com o resultado. Focaliza a causa que desencadeia o processo e não a pré-disposição para a dependência.

É ainda, regido pelos princípios de que:

A meta é tratar e não curar. O paciente é motivado a aprender a viver com seu alcoolismo, que é uma condição crônica, e, não a procurar as causas e esperar por uma cura. Baseia seu programa de tratamento nos 12 Passos de AA, especialmente, nos cinco primeiros. Cria-se um ambiente onde a comunidade terapêutica seja totalmente aberta e honesta, o que propicia uma troca de experiências em todos os níveis. Tem uma equipe multidisciplinar que inclui um profissional denominado "conselheiro em alcoolismo", que pode ser um alcoólatra em recuperação. Apresenta um programa essencialmente didático que é aplicável a qualquer pessoa, mas se utiliza de um plano de tratamento que é específico para cada paciente.

Há algumas contradições sobre este método, e é difícil descrevê-lo enquanto funcionamento, pois, depende muito das características pessoais daqueles que compõem o ambiente terapêutico. É de difícil avaliação objetiva, pois, sua metodologia é complexa e além do mais, cada caso tem suas particularidades. Ainda hoje desperta polêmica, havendo aqueles que o apóiam fanaticamente e aqueles que o criticam rigidamente. Os papéis terapêuticos nem sempre são desempenhados por profissionais de formação acadêmica, o que gera muitas críticas pelos profissionais de classe, especialmente, entre os psiquiatras e psicólogos, além dos problemas referentes à certificações e credenciamentos. Existe tanta diversidade dentro desse modelo que às vezes torna-se difícil determinar nitidamente o que é e o que não é o modelo Minnesota.

Os níveis de tratamento para este método são: Atendimento ambulatorial, Hospital dia e Internação em hospital geral sob supervisão médica. Todos eles em centros de tratamento especializado em dependência de substâncias psicoativas.

Outra atividade bastante utilizada em tratamentos caracterizados pela internação, é a Laborterapia (terapia do trabalho), que consolida uma rotina e melhora a disciplina dos indivíduos. Pode ser realizada no período da manhã pelos dependentes em recuperação e tem como objetivos (além da não ociosidade), trabalhar os sentimentos (como mágoa, orgulho, afetividade, frustração, perda, raiva, amor); descobrir e desenvolver habilidades antes desconhecidas; elevar a autoestima; produzir algo que seja visível a curto e médio prazo; aceitar limites e regras, desenvolver a disciplina, a responsabilidade, a organização e a noção de começo, meio e fim de uma atividade; incentivar a ajuda mútua (desenvolvendo a preocupação com o próximo); estimular a concentração e a atenção; aprimorar a conduta e o caráter.

Esses trabalhos podem ser executados em grupos e divididos por setores de animais; horta; jardinagem; limpeza; cozinha; padaria; despensa; ferramentaria; serviços gerais e manutenção. Isso facilita o usuário a lidar com todos os setores da vida, pois é feito um rodízio de atividades onde todos aprendem e fazem tudo, além de sentir-se útil e ter consciência de que se sua responsabilidade não for cumprida corretamente, a corrente será quebrada e todos serão prejudicados (Retirado do site www.gabata.com.br, 2010).

As atividades físicas também tem um papel muito importante, pois auxiliam na desintoxicação, além disso elas permitem —um meio saudável de integração e progresso sociall (MIRANDA, 2009, p.28).

Alguns tratamentos são voluntários, isto é, quando o dependente reconhece sua situação deplorável e quer realizá-lo por vontade própria. Outras vezes, esses procedimentos são involuntários, pois na fase aguda da dependência o indivíduo tem dificuldade em manifestar sua vontade, está a beira de um abismo, e pela responsabilidade de terceiros (geralmente um familiar munido de diagnóstico de um médico psiquiatra e ordem judicial para internação compulsória) é internado compulsoriamente, de modo que não possa ter a liberdade de escolha.

Nesse período crítico que antecede a internação, o dependente geralmente está cometendo atos infracionais, agredindo pessoas próximas, trocando objetos (até mesmo

personais) por droga, passando dias fora de casa, sem dormir e sem se alimentar adequadamente. A família diante dessas atitudes fica desesperada e por falta de vagas em clínicas (ou leitos hospitalares); por conta da própria tensão que sofre; ou ainda pela involuntariedade do dependente, procura autoridades competentes que, geralmente, facilitam o processo de internação, encaminhando para a referência indicada na ordem judicial.

Como cita Freitas (2002, p.48): —A internação visa por um limite de fora para dentro, estabelecer um não, fazer um corte radical no uso das drogas, com vistas a criar alguma possibilidade para um trabalho psicoterápico posterior. Porém,

—Não é suficiente que se pare de usar as drogas, é preciso que elas percam sua representação interior, ou seja, o significado psicológico que ocupam na vida da pessoa (CURY, 2002, p.65).

Em relação ao período de internação, pode ser por critério médico (o médico psiquiatra responsável desinterna o dependente dentro do protocolo da Instituição, exceto na ocorrência de algum contratempo); por tempo determinado (referido no documento oficial encaminhado); ou ainda por tempo indeterminado (sem previsão de desinternação).

De fato, alguns modelos de tratamento são elaborados sobre uma estrutura (com duração de um, seis ou nove meses), porém, diante de tamanha complexidade não se pode afirmar que este ou aquele tempo é o necessário para este ou aquele dependente, tudo pode mudar, tudo pode acontecer, e o tratamento deve ser flexível. Alguns dependentes conseguem atingir os objetivos propostos em relação ao tratamento de seis meses, enquanto outros dependentes, através do mesmo modelo podem levar mais de um ano. Por isso sempre é frisado que o dependente deve permanecer em tratamento o tempo que for necessário.

O processo de desintoxicação representa 1% do tratamento, por isso é apenas o primeiro passo. É o momento em que o dependente irá (sem o uso de drogas) aderir uma nova postura, uma disciplina maior em relação à que tinha em casa, começando por uma rotina onde passa a se alimentar melhor, dormir melhor, fazer atividades físicas e tomar medicações específicas. Tudo isso para colaborar na —limpeza do organismo, e uma vez desintoxicado, os procedimentos seguintes tornam-se mais eficazes.

2.4 A Associação Hospitalar Thereza Perlatti

Fundado em 1958, hoje com o nome de Associação Hospitalar Thereza Perlatti de Jaú, o hospital psiquiátrico passou por um período de intervenção e suspensão do convênio Sistema Único de Saúde (SUS) em abril de 1993. Em setembro de 1993, com nova diretoria e novo estatuto iniciou-se o processo de transformação e adequação da nova filosofia de atendimento a pacientes com transtornos mentais. Tais mudanças impulsionaram também a criação do programa Hospital Dia que conta com projeto e áreas independentes.

Esta Associação privada, conveniada com o SUS na área da saúde, conta com equipe interdisciplinar que utiliza de metodologia psicodinâmica e medicamentosa, em conformidade com a atual política de Saúde Mental, preconizando a transição do modelo asilar (exclusão do paciente) para um modelo terapêutico aberto, garantindo a manutenção e preservação da identidade e respeito dos direitos de cidadania, tendo por finalidade prestar assistência médica, psicológica e social, propiciando acompanhamento aos pacientes e familiares na recuperação à saúde.

Seu projeto terapêutico foi revisado em maio de 2003, devido as alterações no convênio que passou a atender cento e oitenta (180) pacientes, sendo cento e sessenta (160) convênio SUS e vinte (20) outros convênios, além da contratação de profissionais para viabilizar a execução do Projeto.

Atualmente, a Associação Hospitalar Thereza Perlatti atende cerca de trezentos e vinte (320) pacientes adultos, com transtornos mentais, neurológicos e dependentes de substâncias psicoativas, conforme avaliação diagnóstica segundo o CID-10 feita por médico psiquiatra. São beneficiados pelo atendimento desta Instituição trinta e oito (38) municípios de toda a região, sendo referência no tratamento psiquiátrico, realizando os seguintes serviços:

- Unidade de Atenção à Crise: voltado para pessoas que necessitam de atendimento temporário de Saúde Mental. A abordagem consiste na assistência integral ao

paciente com transtorno mental utilizando-se de intervenções psicodinâmicas e medicamentosas com objetivo de remissão da sintomatologia e recuperação do paciente.

- Programa Moradores: destinado a pacientes crônicos, dispõe de um projeto terapêutico específico que visa a inclusão sócio-familiar.

- Programa Lar Abrigado: Para pacientes moradores da Associação, que obtiveram melhora e encontram-se estáveis, em condições de recuperar sua cidadania.

- Programa Hospital Dia: destinado a pessoas com transtornos mentais que necessitam de assistência diária de uma equipe especializada, retornando para seus lares ao final do dia.

- Clínica de Repouso Reviver: destinada ao tratamento de pessoas idosas, sendo somente para pacientes particulares e convênios.

- Centro de Apoio Neurológico: atende cerca de 80 pacientes neurológicos que vieram transferidos de outros serviços para receberem uma melhor assistência, voltada às suas necessidades.

- Dependência Química: O atendimento realizado a esta clientela tem por objetivo primordial a desintoxicação, conscientização da dependência, informação sobre formas de tratamento e continuidade na pós-alta com pacientes e familiares.

Neste último setor (na ala masculina, pois os usuários são separados pelo gênero) é realizada uma internação psiquiátrica com o objetivo de desintoxicação entre doze (12) e quinze (15) dias, onde os pacientes são medicados e acompanhados por uma equipe multidisciplinar, baseados em uma rotina hospitalar, com horários estabelecidos para alimentação, banho, atendimento, visita de familiares na Instituição, contatos telefônicos com familiares que por algum motivo não podem realizar visitas, e participação de atividades esportivas, ou de terapia ocupacional.

Este protocolo de doze (12) a quinze (15) dias de internação é quebrado, quando o usuário é encaminhado por uma ordem judicial de internação compulsória, por tempo indeterminado, o que indica além da obrigatoriedade da internação, um grande mal estar tanto para ele quanto para os familiares (que logo se arrependem da medida tomada) e para os profissionais, que ficam limitados no desenvolvimento normal de suas ações.

Os usuários internados sentem durante este processo emoções diversas e intensas, que são facilmente constatadas como, por exemplo irritabilidade, revolta, traição, vergonha,

medo, angústia, fúria, tristeza, decepção, pouca perspectiva de vida, desmotivação e cárcere (perda então a liberdade). A liberdade segundo Cury (2002, p.11) é a —coroa do prazer de viver e o alicerce da personalidade saudável, e reitera que sem a liberdade —o ser humano deixa de sonhar e esmaga seu encanto pela existencial.

Não é raro de se ver um dependente passar por vários processos de tratamento, pois entre um e outro pode ocorrer a tão temida recaída, porém esta —nunca deve ser encarada como a perda de uma guerra. Uma guerra é composta de muitas batalhas (CURY, 2002, p.46).

Por isso, muitos dependentes, familiares ou até mesmo profissionais podem ter uma frustração se não conhecerem a fundo as reações que a doença tende a provocar como pontua Cury, (2002, p.47) quando relata:

O grande problema não é a recaída, mas o que se faz com ela. Para evitar os deslizes ou tornar-se uma pessoa mais forte após uma recaída, é necessário verdadeira reengenharia intelectual, composta de vários itens: 1- Nunca desistir de si mesmo. Tentar sempre. Aprender a ser um agente modificador da sua história. 2- Não se psicoadaptar à sua doença, ou seja, não se autoabandonar. 3- Não ter medo das suas dores e frustrações, mas trabalhá-las com dignidade. 4- Aprender a ter prazer nos pequenos eventos da vida. 5- Resgatar a liderança do eu nos focos de tensão.

Deve-se considerar também que —A sociedade não está preparada para receber e ajudar um dependente, pois vive do senso comum, passando pela fase de ignorância, alerta e controle ou liberação (SILVA, 1998, p.29) o que contribui para ocorrer a recaída, pois, a família e a sociedade deveriam neste momento estar conscientes da responsabilidade que tem, auxiliando no processo de reintegração social.

Com tantas dificuldades e obstáculos, os dependentes, independente da religião, costumam ser muito espiritualizados permanecendo na fé através de orações, como a

—Oração da Serenidade criada por eles próprios: —Deus, conceda-me Serenidade para aceitar as coisas que não posso modificar, Coragem para modificar aquelas que posso e Sabedoria para reconhecer a diferença, Só por Hoje, Funcional.

A psiquiatria e a psicologia tratam das pessoas, mas não são capazes de devolver o prazer de viver e o sentido da vida, isso só Deus pode fazer (CURY, 2002, p.42).

Este apego a Deus (ou aos Deuses), é importante para os dependentes não sentirem-se abandonados e terem sempre a esperança de que alcançarão a sobriedade.

Os auxílios que os dependentes procuram podem ser todos válidos, desde que concomitante ao tratamento. Nunca deve-se abandonar o tratamento para seguir somente a religião, o trabalho ou a vida afetiva, por exemplo. Estes fatores contribuem muito para uma resposta positiva se forem complementares ao tratamento, porém, quando isolados podem representar frustração ou decepção, e por não estarem ainda suficientemente fortalecidos, hão de procurar um refúgio para consolar suas mágoas, que certamente serão as drogas.

Os tratamentos devem ser valorizados, assim como os profissionais que os articulam, como o Assistente Social, por exemplo, que possui técnicas e habilidades para intervir neste contexto.

O Serviço Social é uma profissão privilegiada por conseguir chegar bem próximo à realidade, tem natureza interventiva, educativa, informativa, investigativa e permite a realização de ações tanto no âmbito individual quanto no âmbito coletivo e administrativo através de vários instrumentais. Trabalha diretamente com as expressões da questão social, de modo a minimizá-las ou se possível extingui-las, além de ter competência Teórico-Metodológica, Técnicooperativa e Ético-Política. Emancipa os usuários através da autonomia, de forma a tornar-lhes sujeito da própria história, protagonistas de suas vidas, sem qualquer caráter de tutela. Possibilita o acesso aos direitos sociais que são viabilizados pelas políticas públicas para assim garantir o mínimo necessário de uma vida digna.

Respeitando o usuário e isento de qualquer tipo de preconceito, o Assistente Social constrói através da Práxis, sua prática social e pauta-se nos onze (11) princípios do Código de Ética que regulamentam a profissão. Norteia-se na filosofia dialética marxista, além de construir o projeto profissional denominado de Projeto Ético Político do Serviço Social (PEPSS), que é uma construção coletiva focada na transformação.

O trabalho do Assistente Social frente a dependência de substâncias psicoativas tem dimensão política, educativa e assistencial, podendo atuar:

- Na educação e prevenção; - No tratamento e reintegração social; - Na gestão.

Na educação e prevenção atua em campanhas, eventos e situações de informação e esclarecimento da comunidade; (participando do planejamento e desenvolvimento de trabalhos de informação e esclarecimento sobre o uso indevido de drogas e faz-se conhecer princípios, estratégias e recursos de comunicação e sensibilização comunitária, desenvolvendo habilidades para a utilização destes recursos) e atuando em programas de redução da demanda de drogas e de redução de danos (participando na concepção, desenvolvimento ou monitoramento do desenvolvimento de programas de redução de demanda de drogas e de redução de danos, e operacionalizando estratégias e recursos de minimização de circunstâncias estimulantes ou desencadeantes).

A prevenção refere-se em geral a —toda iniciativa coletiva visando à sobrevivência da espécie (CAVALCANTI, 2001), portanto vem antes, avisa, prepara, impede que se realize algo.

Segundo Laranjeira (2006):

Os poucos programas de prevenção que existem, financiados pelo Ministério da Saúde, adotam a política de Redução de Danos, fornecendo, por exemplo, cachimbos ditos —seguros para usuários de crack. Ainda que não tenha evidência quanto a sua eficácia, este tipo de proposta vem recebendo mais e mais recursos públicos.

Em nível de prevenção, o Assistente Social pode, segundo Dra. Florence Kerr-Correa (1994), atuar em três dimensões:

- Universal, que tem como alvo a população em geral (supostamente sem qualquer fator associado ao risco) com a meta de impedir o consumo de drogas, abordando habilidades para a vida/educação geral. Pode ser aplicada na comunidade, em ambiente escolar e nos meios de comunicação;

- Seletiva (ou específica), que tem como alvo grupos de risco que apresentem um ou mais fatores associados ao risco do uso de substâncias psicoativas, com a meta também de impedir o consumo com intervenções específicas focadas em fatores de proteção e de risco. Pode ser aplicada em grupos de crianças e filhos de dependentes de substâncias psicoativas;

- Indicada, que tem como alvo pessoas já usuárias ou com comportamentos violentos, diretamente relacionados ao uso de substâncias psicoativas (como por exemplo alguns acidentes de trânsito), tendo como meta a redução do consumo e o impedimento do uso problemático ou nocivo, com programas individuais ou para pequenos grupos focalizando as necessidades individuais (com intervenções breves). Pode ser aplicada em programas que visem diminuir o consumo de drogas, mas também a melhora de aspectos de vida do indivíduo como, por exemplo, desempenho acadêmico e reinserção escolar.

Enfim, os programas de prevenção devem garantir a continuidade de ações que são fundamentais para a mudança do comportamento das pessoas em relação ao risco do uso de drogas. Esses programas precisam fazer parte do cotidiano, sendo intensivo, precoce e duradouro, com tendência a envolver pessoas próximas (como os familiares) e a comunidade em suas atividades. É importante que se trate da prevenção sob a —hierarquia das drogas, de nada adianta a intensidade da prevenção ao crack devido suas estrondosas conseqüências, esquecendo de fazer prevenção também ao álcool, por exemplo, que muitas vezes é citado como porta de entrada para outros tipos de drogas.

Na reintegração social, o Assistente Social atua no suporte diagnóstico (realizando um diagnóstico social que, através do contexto do indivíduo, revela pormenores que podem ter influenciado o indivíduo a consumir drogas, pois tanto as más quanto as boas condições financeiras adicionadas à outros fatores explicam parte dos motivos que levam-nos a se tornarem então dependentes. São referidas apenas partes dos motivos, pois, a acolhida do dependente e seu diagnóstico são como um iceberg que mostra somente sua ponta, porém a maior parte está submersa. Por este motivo o profissional deve utilizar também da percepção e compreender que existem diversas situações obscuras a serem observadas em diferentes ângulos, que talvez nem mesmo o dependente saiba que exista); na indicação de estratégias de tratamento, na avaliação do tratamento e acompanhamento do processo de reinserção social, coletando e registrando informações ao diagnóstico; mapeando as reais

condições sociais do usuário; fornecendo elementos para o plano de tratamento; acompanhando todo o processo terapêutico e encaminhando e/ou reencaminhando para tratamento. Pode ainda atuar na operacionalização do processo terapêutico conhecendo sobre os diferentes métodos e técnicas terapêuticas; aplicando e conduzindo diferentes técnicas terapêuticas e de reinserção social, além de atuar em situações emergenciais encaminhando para a rede de saúde. (CAVALCANTI, 2001).

Na gestão, o Assistente Social pode atuar na participação do planejamento e na organização de serviços de prevenção e de reabilitação da dependência de substâncias psicoativas, contribuindo no planejamento e na organização de serviços eficientes e eficazes de prevenção e de reabilitação da dependência de substâncias psicoativas; fortalecendo a rede social.

Observa-se, no entanto, que o trabalho do Assistente Social frente a esta questão está contido na política universal da saúde, permitindo-o intervir na realidade do usuário através de uma leitura que aborde a totalidade deste contexto. Para tanto, além do atendimento individual do dependente, atende-se a família e realiza-se trabalho em grupos (que tem grande importância), além de atividades administrativas, todas elas visando a efetivação de direitos sociais.

3 CONTEXTUALIZANDO A FAMÍLIA, SUAS IMPLICAÇÕES NA ROTA DAS DROGAS E A ADOLESCÊNCIA DOS FILHOS

3.1 A família e suas modificações

A família é a reprodução natural da vida e segundo Saraceno (1997) —é um espaço físico, relacional e simbólico. Seu modelo atual vem sofrendo transformações devido às mudanças que ocorrem no mundo, de forma a afetar suas relações e vice versa. Altera

também a questão do gênero, pois ele ultrapassa a definição apenas do sexo, é uma forma de relação, de expressar as funções que cada um desenvolve no seio familiar e na sociedade.

As tipologias também se expandiram e se modificaram ao longo dos anos, atualmente se tem a família: a) Nuclear: é a família em que os pais e os filhos deste mesmo casal estão presentes no domicílio; b) Monoparental: apenas um dos pais está presente no domicílio com filhos ainda não adultos; c) Extensa: os pais e seus filhos estão presentes no domicílio junto com outros adultos que podem ter vínculo parentesco ou não; d) Convivente: pessoas sem laços legais vivendo juntas no mesmo domicílio, porém com um compromisso mútuo; e) Recompоста: formada por irmãos ou meio irmãos de pais comuns juntamente com outras pessoas, sem laços consangüíneos que foram sendo agregadas em algum período; f) De pais ausentes: os pais não estão presentes no domicílio, porém há outras pessoas adultas responsáveis; g) De casais: formadas pelo casal hetero ou homossexual, com ou sem crianças, também denominadas homoafetivas. (LENHARO, 2010).

A família Monoparental vem se destacando no Brasil pelo seu crescimento significativo nos últimos anos (geralmente chefiada por mulheres) portanto, tem sido alvo de muitos profissionais. Vale ressaltar que não existe um —modelo de familiar, essa postura conotaria um ideal familiar e por conseqüência, preconceito com as demais, além de adequar indivíduos à padrões sociais subsidiados pela linha filosófica positivista.

A instituição familiar por ser a primeira e a mais importante referência do indivíduo, tem muita responsabilidade na questão da educação e formação dos filhos (o papel dos pais é insubstituível e determinante, ficando a educação formal apenas como complemento), e estes refletem (apesar de adquirirem conhecimentos fundamentais em outros locais ao longo dos anos) as relações intrafamiliares no comportamento, caráter, valor, respeito, ética, moral, juízo, representações, expectativas e sentimentos (principalmente nos três primeiros anos de vida, que é a fase de maior desenvolvimento e aprendizado da criança) enfim, a forma geral de encarar a vida e de se comportar perante às situações. Esses aspectos de conduta englobam os legados que são transmitidos nas gerações, e como é dito popularmente —os filhos são o reflexo dos pais, mas isso não quer dizer que os pais —não acertaram na educação ou que são responsáveis pelo uso de drogas que o filho faz, por

exemplo. É extremamente difícil definir exatamente uma única causa que leva o indivíduo a usar drogas. Mesmo sendo aparentemente determinante, há outros fatores que influenciam, pois a dependência dessas substâncias se consolida como uma síndrome, um conjunto de fatores que, mesmo ocultos interferiram em algum momento para o uso de drogas e por consequência, sua dependência, seu apego exagerado.

3.2 A família no contexto das drogas

A desinformação (ou a informação inadequada) sobre a realidade das drogas é um problema muito sério e a mídia bombardeia informações muitas vezes cunhadas sob a ótica do senso comum, o que indica outro problema. A divulgação de informações é de extrema importância, elas devem ser atuais e transmitidas corretamente, isentas de qualquer tipo de preconceito, para que não influencie o juízo dos cidadãos em compreender ou disseminar saberes em favor do combate às drogas. Informações são facilitadoras de diálogo em diferentes âmbitos e neste caso é direcionada para ocorrer principalmente, no seio familiar, que muitas vezes é o cenário de onde emergem os conflitos (por ser uma instituição de aspecto sócio-histórico-cultural). A primeira informação que deve ser compartilhada é que o uso de drogas é consequência e não causa, é um sintoma decorrente de outras complicações e a droga vai ser uma tentativa ilusória de ajuda, um grito de socorro às pessoas próximas.

Quando a família indaga-se sobre o uso de drogas do filho, geralmente, tem dificuldade em compreender que ela também deve incluir-se nesta realidade, já que o problema pode ser de toda a família, e o dependente, apenas seu eleito representativo (este normalmente exterioriza um problema oculto já existente na família, é a denúncia de uma desordem, de um desequilíbrio familiar).

Os pais começam a achar que podem satisfazer plenamente seus filhos com bens materiais tendo assim a sensação de —dever cumprido! (acreditam que somente assim as crianças vão sentir-se amadas), isto nada mais é que um ajuste, pois estão cumprindo expectativas de consumo ao darem o que o filho pede e essa atitude faz com que eles não

necessitem firmar relações mais profundas, o que os une é apenas um —fio de objetos materiais que tenta cobrir uma fenda afetiva. O filho pede algo material mas, na verdade o que está querendo é afeto, pois aquele objeto o satisfaz a curto prazo e não tem significado nenhum, por isso logo após conseguir explorá-lo, vem um novo pedido e é assim que os jovens crescem, cheios de bens materiais oferecidos pela família, mas estão sempre carentes de afeto e vão buscar minimizá-los no uso de drogas que naquele momento, preenche um vazio afetivo expresso pela ansiedade (aliviada momentaneamente logo após o consumo), porque na verdade não é aquilo que ele deseja. (ZAGO, 1988).

Para os pais desses adolescentes, há uma dificuldade enorme em lidar com seu filho no momento em que este torna-se quase irreconhecível, áspero e sempre em oposição às suas idéias. Os pais devem aprender a —conhecê-lo e entendê-lo, já que existem tantas nuances e coisas importantes acontecendo com ele nesta fase — (ZAGURY, 1996, p.118).

Independente da constituição, da classe social ou da situação econômica, uma família pode ser surpreendida com a questão da dependência de substâncias psicoativas de um de seus membros. Não há nada pior para uma família do que ter um ente querido envolvido com a situação de uso/abuso de drogas.

Por este motivo, a família também deve ser trabalhada e convidada a participar de grupos de apoio, para que, além de informações e ajuda que o grupo oferece, possa se reestruturar para receber o dependente de volta, pois tanto a dicção quanto o tratamento, interferem no núcleo familiar, além do mais, a equipe de profissionais precisa contar com o apoio de outras pessoas para cuidar do dependente, criando uma rede de atenção e fazendo parte dela ativamente.

3.3 A Adolescência dos filhos

Os motivos pelos quais as pessoas procuram as drogas são inúmeros e raramente isolados. São apresentados num conjunto de fatores como características pessoais, o meio em que vive, o grupo, a escola, os locais que frequenta. Os motivos mais conhecidos,

relatados pelos próprios dependentes são a ausência dos pais, abandono, trauma, abuso, violência, infância insatisfatória, influência de amigos, curiosidade, enfim, vão se somando as dificuldades. (ZAGURY, 1996).

Na adolescência, os motivos que podem levar uma pessoa a iniciar o uso de drogas, segundo Cury (2002, p.110-124) é a influência de amigos ou de traficantes; curiosidade ou desejo de uma nova experiência; conflitos interiores; sentimento de rejeição; falta de diálogo com os pais; dificuldades financeiras; e fatores genéticos (conceituados como predisposição) que torna algumas pessoas mais vulneráveis à dependência de drogas do que outras, cujos pais não são dependentes.

Tiba (2003, p.282) afirma que:

Estudos indicam que são mais predispostos ao vício pessoas com deficiência na produção ou na liberação de dopamina, o principal mensageiro químico produzido pelo cérebro para transmitir a sensação de prazer. A busca de drogas ou de emoções fortes compensaria essa carência. Isso explica por que alguns indivíduos circulam pelo vício. Abandonam o álcool e se tornam dependentes do fumo. Largam o fumo e passam a depender da comida. Desse modo, o início do uso de uma droga depende, na maioria das vezes, da vontade da pessoa. Depois da primeira vez, quem comanda a cena é a química dos neurotransmissores.

Seu natural equilíbrio fisiológico foi desregulado, acarretando modificações neurológicas, psíquicas, psicológicas e biológicas no organismo. O dependente é um doente químico, por isso precisa de tratamento.

Esta fase apresenta maior risco para o uso de drogas, pois é um momento onde o jovem é cobrado, pressionado, precisa tomar decisões importantes e mostrar sua

capacidade. A impulsividade, a paixão pelo perigo e excessos fazem parte da adolescência (MORAIS, 2009, p.27).

No obscuro de sua fragilidade o adolescente se entrega à tentação de experimentar, alguns vão usando gradativamente até tornarem-se dependentes, outros, usam ocasionalmente, até não terem mais controle e passam a fazer uso com frequência.

A adolescência é um período de muita confusão, de contradição, pois ocorrem transformações rápidas no corpo devido ao aumento de hormônios e o jovem está em transição de uma fase para outra, não é criança e nem adulto. Sente necessidade de pertencimento em grupos, neste momento há uma intensa socialização e interesse em saber as coisas que estão acontecendo no mundo, eles precisam se afirmar, buscar o seu —eu, saber quem na verdade são, por isso se rebelam e experimentam tantas coisas.

Suas características mais visíveis são o acentuado desenvolvimento físico, o amadurecimento sexual, as modificações a nível social, o surgimento do raciocínio hipotético-dedutivo e o aumento do apetite (ZAGURY, 1996, p.24-27).

É um momento de crise, em que ele necessita elaborar da melhor maneira o luto que está vivenciando, pois existem grandes perdas também. É ousado, tem sensação de poder, também tem ganhos e prazeres através de descobertas. Este momento vai auxiliar na afirmação da personalidade e será decisivo para sua vida adulta enquanto relações sociais e visão de homem/mundo. Eles têm necessidade de romper com os pais para saber que a independência está chegando e começam a agir de forma imprevisível. É a fase em que o jovem começa a sentir atração pela droga, uma atração fatal que segundo Tiba (2003, p.19) cita: —Se aproxima dos adolescentes tal qual uma mulher disposta a conquistar um homem: mexendo com seus desejos e fantasias. Da paquera ao casamento.

Ao passo que iniciam o uso de drogas neste período turbulento, afastam-se de pessoas (por falta de confiança) das quais poderiam receber ajuda, e esse sentimento já vem enraizado na família, que muitas vezes não transmite confiança a eles. Por não terem contato com essas pessoas que poderiam oferecer ajuda, acabam aproximando-se de outras, com condições semelhantes à sua. A droga é a única coisa que elegem para confiança, não é afeto que une as pessoas de seu círculo de relações, é a droga. Aos poucos esses grupos de pessoas vão se identificando e se limitando apenas para os que são usuários, com um

discurso pobre onde a droga impera, e estes passam a evitar lugares onde outras pessoas não aprovariam o seu consumo.

Em qualquer ocasião (ou até mesmo em qualquer idade), o usuário nunca descobre sozinho o momento em que está tornando-se dependente, de tanto negar este fato, ele próprio não reconhece. Sua família sente esta mesma dificuldade pois não é capaz de enxergar os sinais (olhos avermelhados, intoxicação alcoólica, companhia, tipo de atividade e locais de interesse, irritabilidade, distração) que ele começa emitir. É muito difícil diferenciar os sinais consequentes do uso de drogas, dos sinais específicos apresentados na adolescência, correndo o risco de confundi-los conforme refere Laranjeira (2009,

p.19): —tudo isso também pode ser natural da adolescência. Não existe um parâmetro absoluto, o que conta é a presença dos pais na vida do adolescentel. Por esta razão, uma minoria procura tratamento ainda nas primeiras conseqüências, o restante só o faz quando está no —fundo do poçol, sem amigos, sem família, sem emprego, enfim, só com os problemas ocasionados pela dependência.

TIBA (2003, p.227) cita que:

Raríssimos adolescentes pedem socorro ou procuram tratamento por iniciativa própria, ainda mais quando estão na fase de namoro com a droga. O auxílio é dispensado porque eles não se julgam doentes. Somente quando a droga começa a ficar incontrolável é que passam a sentir os prejuízos e tendem a aceitar a participação num trabalho em seu benefício.

Esta falta de conscientização de que dependência de substâncias psicoativas é uma doença, e conseqüentemente a resistência ao tratamento que o dependente julga não necessário, contribui negativamente para este processo, que é complexo e muito delicado, fazendo adiar resultados que com diagnóstico e atendimento mais precoce, possivelmente teriam maior efetividade.

4 POLÍTICAS PÚBLICAS E LEGISLAÇÃO SOBRE DROGAS

4.1 Políticas Públicas e leis que regem sobre drogas

A estrutura atual do país em relação à Política Pública sobre drogas é composta pelo Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), pela Secretaria Nacional sobre Drogas (SENAD), pelo Conselho Nacional de Políticas sobre Drogas (CONAD), que através da descentralização está relacionado aos Conselhos Estaduais de Políticas sobre Drogas (CEAD) e os Conselhos Municipais de Políticas sobre Drogas (COMAD). Todos eles estão atrelados à Política Nacional sobre Drogas (PNAD).

A SISNAD tem a finalidade de articular, integrar, organizar e coordenar as atividades e prevê sobre a Lei nº. 11.343 de 23 de agosto de 2006 (Legislação Complementar) medidas relacionadas à prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

No Art. 2º. Proíbe em território nacional tanto o plantio quanto a cultura e colheita de drogas, ressalvada a hipótese de autorização legal ou regulamentar, e em seu Parágrafo Único aborda a autorização de plantio, cultura e colheita de drogas em casos específicos como medicinais ou científicos, sob fiscalização.

Exceto as condicionalidades citadas de ressalva, ao adquirir, guardar, manter em depósito, transportar ou carregar (mesmo que para uso pessoal) sem autorização ou em desacordo com a lei, o indivíduo será punido com advertência, prestação de serviços à comunidade ou medida educativa, como refere o Art. 28. do Vade Mecum de 2010, na Legislação Complementar.

Já no caso de tráfico de drogas, o Art. 33 também da Legislação Complementar do Vade Mecum de 2010, diz que:

Importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

O indivíduo sofrerá pena de reclusão de cinco a quinze anos e pagamento de quinhentos à mil e quinhentos dias-multa. Não pode-se comparar e nem tem como aferir este processo, mas estas formas de punição fazem com que o indivíduo pague de alguma forma, sua irregularidade ao descumprimento da lei e as desordens que possivelmente tenha causado na sociedade.

Está integrado ao SISNAD:

I- o CONAD, órgão normativo e de deliberação coletiva do sistema, vinculado ao Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República (que o preside) e responsável por estabelecer as macro orientações do SISNAD em suas respectivas áreas de atuação. Desempenha papel político-estratégico de assessorar o Presidente da República no provimento das orientações globais relativas à redução da demanda e da oferta de drogas no país e promove a articulação, a integração e a organização da ação do Estado. À ele está atrelado o CEAD que tem por finalidade atuar como instância de assessoramento ao Governo do Estado na promoção de articulação, integração e organização do Estado para o desenvolvimento de programas de redução de demanda, dos danos e da oferta de drogas; E o COMAD que atua como instância de assessoramento do Governo local e de coordenação das atividades de todas as instituições e

entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda e dos danos, assim como movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e dispostas a cooperar com o esforço municipal.

II- a SENAD, na qualidade de secretaria executiva do colegiado (para articular e coordenar as atividades de prevenção do uso indevido, a atenção e a reinserção social de usuários e dependentes de drogas; propor a atualização da PNAD na esfera de sua competência e gerir o Fundo Nacional Anti-Drogas – FUNAD e o Observatório Brasileiro de Informações sobre Drogas – OBID);

III- o conjunto de órgãos e entidades públicos que exerçam atividades que tratam os incisos I e II do Art. 1.º:

a) do Poder Executivo Federal;

b) dos Estados, dos Municípios e do Distrito Federal, mediante ajustes específicos e;

IV- as organizações, instituições ou entidades da sociedade civil que atuam nas áreas de atenção à saúde e da assistência social e atendam usuários ou dependentes de drogas e respectivos familiares, mediante ajustes específicos, conforme o Art. 2º do Decreto N. 5.912, de 27 de setembro de 2006.

4.2 Legislação referente ao caráter da Internação Compulsória

Já em se tratando de internação, a legislação brasileira discorre sobre a Lei nº. 10.216, de 6 de abril de 2001, lei do Ministério da Saúde, Art. 9º. que,

A internação compulsória é determinada, de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em conta as condições de segurança do estabelecimento, quanto à salvaguarda do paciente, dos demais internados e funcionários.

Protege assim, os atores deste cenário que encontram-se vulneráveis por possíveis conflitos decorrentes da síndrome de abstinência. No Art. 8º. desta mesma Lei, é frisado que:

A internação voluntária ou involuntária somente será autorizada por médico devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina - CRM do Estado onde se localize o estabelecimento.

§ 2º O término da internação involuntária dar-se-á por solicitação escrita do familiar, ou responsável legal, ou quando estabelecido pelo especialista responsável pelo tratamento.

Observa-se neste inciso, as alternativas para a desistência da internação involuntária mas, com toda a burocracia existente, vale salientar que não é um processo tão simples quanto parece. Em alguns casos, infelizmente a lei fica somente na teoria. No caso da Associação Hospitalar Thereza Perlatti por exemplo, não é constatado em internações de caráter compulsório a efetividade da solicitação por escrito citada acima, nem pelo responsável legal, nem pelo especialista responsável pelo tratamento, tornando limitada e não autônoma a execução deste último, em relação ao planejamento de trabalho proposto inicialmente.

5 METODOLOGIA DE ESTUDO

No período de fevereiro a outubro de 2010, foi realizada uma pesquisa na Associação Hospitalar Thereza Perlatti, no município de Jaú-SP, tendo como objeto de estudo a internação compulsória por ordem judicial, para verificar se esta favorece no tratamento do dependente de substâncias psicoativas, ou leva à precarização da motivação para adesão ao mesmo.

Para esta investigação, o objetivo geral levantado foi: evidenciar os impactos da internação compulsória no dependente, e como específicos: traçar o perfil dos sujeitos; evidenciar as opiniões e crenças expressas pelos sujeitos a respeito da internação compulsória; revelar as razões que levam os familiares para recorrerem à internação compulsória e, identificar a incidência na continuidade do tratamento após alta hospitalar.

Trata-se de uma pesquisa quali quantitativa, já que a dimensão qualitativa lida melhor com a opinião e a subjetividade dos sujeitos, pois propicia a liberdade de expressão e peculiaridades como pontua Minayo (2004, p.21):

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A dimensão qualitativa facilita a interpretação dos dados objetivos, obtidos através das questões quantitativas, que por sua vez, dão suporte ao contexto subjetivo acima citado, tendo tanto uma como outra sua importância.

O problema que se levantou é se a internação compulsória por ordem judicial favorece o tratamento do dependente de substâncias psicoativas, ou leva à precarização da motivação para adesão ao tratamento?

A hipótese sugerida é que a internação compulsória por ordem judicial não é a melhor maneira de se enfrentar a dependência de substâncias psicoativas no processo de desintoxicação, pois leva a desmotivação do usuário na adesão ao tratamento. A motivação é precarizada devido aos conflitos individuais, familiares e sociais do dependente, pois, o processo de recuperação de toda e qualquer doença crônica, exige lealdade no acompanhamento, além de mudanças de hábitos para melhorar a qualidade de vida. Ainda, neste contexto percebe-se a falta de políticas públicas e, conseqüentemente, investimentos nos serviços de atenção e prevenção ao uso indevido de drogas.

A conotação de obrigatoriedade que esta modalidade de internação exprime é antagônica ao aspecto fundamental que a maioria das Instituições sugerem, a voluntariedade, pois, além da resistência apresentada pelos dependentes neste processo, fere os princípios democráticos previstos na Constituição Federal de 1988 do Brasil.

Definido o tema da pesquisa, foi realizado primeiramente, o fichamento de diversos conteúdos bibliográficos de livros, sites seguros da Internet, vídeos, dicionário, revistas e legislações específicas, os quais subsidiaram a construção do projeto de pesquisa, um plano geral que trouxe preliminarmente a idéia a ser desenvolvida de acordo com um padrão estrutural científico.

A fundamentação teórica foi realizada com base na dialética marxista que o materialismo histórico contempla como matriz filosófica, no qual aponta o trabalho do homem como foco das transformações sociais, compreendendo diversos aspectos.

O universo da pesquisa são os cinquenta (50) sujeitos dependentes de substâncias psicoativas internados compulsoriamente, para fins de desintoxicação, os quais são na sua totalidade do gênero masculino, devido à especificidade do setor, e cento e quarenta e quatro (144) profissionais sendo Assistente Social, Terapeuta Ocupacional, Psicóloga, Advogada, Técnico em Enfermagem, Médico Psiquiatra, e Psicoterapeuta, que atuam diretamente com internação compulsória e com os mesmos sujeitos.

É indiscutível a importância da família do dependente no processo de desintoxicação ao qual estão submetidos, pois representam parte do contexto de vida deles,

porém, devido à ausência dos familiares durante o período de internação, tanto nas visitas, quanto nas reuniões de família, não foi possível realizar o estudo com tais sujeitos, os quais evidenciariam no entanto, muitos aspectos pretendidos nesta pesquisa, como por exemplo as razões que os levaram à recorrer à internação compulsória (o que muitas vezes o dependente não sabe responder), além do conhecimento e da expectativa que eles tem sobre a mesma.

A amostragem dos sujeitos é a não probabilística, do tipo intencional (por ter o foco somente os dependentes internados compulsoriamente), representada por vinte e cinco (25) sujeitos, o que corresponde a 50% do universo. Quanto aos profissionais, foi abordado um representante de cada categoria que trabalham no setor de —Dependentes Químicos‖ com os mesmos sujeitos, totalizando sete (07) profissionais.

O pré-teste foi realizado no mês de junho com três (03) dependentes e dois (02) profissionais, vindo comprovar a pertinência do instrumental.

Os instrumentais utilizados para coleta de dados foram, a entrevista, subsidiada por um formulário, contendo questões abertas e fechadas e a observação, que proporciona fidedignidade aos sujeitos e dá suporte à contextualização geral do momento da entrevista.

A pesquisa de campo foi aplicada no mês de julho e agosto, no próprio setor de —Dependência Química‖ do hospital Thereza Perlatti, tendo duração média de 40 minutos à uma hora, sendo que após apresentação a pesquisadora dava explicações minuciosas dos objetivos da pesquisa, deixando os sujeitos à vontade para decidirem se participariam ou não, e cientes de que os dados seriam expostos na pesquisa com total sigilo, conforme termo de livre consentimento, além de esclarecer dúvidas que emergiam como, por exemplo, se a entrevista em questão, interferiria no processo jurídico.

No entanto, todos os sujeitos convidados a participar da pesquisa aceitaram sem maiores problemas e apresentaram-se tranquilos em relação à entrevista, exceto alguns momentos em que a emoção, inevitavelmente, transparecia e expressavam de muitas formas a saudade da família, o arrependimento e a esperança de construir um outro projeto de vida.

Os relatos foram bem detalhados, tornando-os além de interessantes devido à particularidade dos sujeitos, passíveis de uma boa reflexão sobre a realidade ali apresentada.

Quanto a coleta de dados dos profissionais, os mesmos foram contatados com antecedência para agendamento e, na data sugerida foram realizadas as devidas entrevistas que ocorreram em sua maioria, dentro do hospital e tiveram duração média de 30 minutos. Como dificuldade para a realização das entrevistas com os profissionais, constatou-se a falta de tempo disponível dos mesmos, pois encontravam-se em plena atividade, porém, nada que impedisse a realização desta etapa do estudo.

Após a coleta, os dados foram sistematizados em três eixos, sendo o primeiro: o perfil dos pacientes, apresentando suas características; o segundo mostra a relação dependente X internação compulsória por ordem judicial, trazendo a tona a realidade destes e, o terceiro eixo que apresenta a relação profissional X internação compulsória por ordem judicial, explorando através da especificidade da formação e da experiência profissional, opiniões sobre esta modalidade de intervenção, percepções sobre os dependentes e seus familiares, e críticas/sugestões sobre aspectos que envolvem o tratamento para dependentes de substâncias psicoativas.

Tais categorizações facilitaram o tratamento, a tabulação e a análise dos dados. Vale ressaltar que todos os eixos contemplam, em algum momento, os objetivos propostos na pesquisa e possibilitam além da análise dos dados, a conclusão do estudo e sugestões sobre o mesmo.

5.1 Resultados e Análise dos dados

De acordo com os objetivos propostos nesta pesquisa, primeiramente se apresenta o perfil do usuário e logo após, evidencia-se suas opiniões e crenças referentes à internação compulsória procurando fazer um resgate histórico de vida, o que subsidia interpretações subjetivas, revela possíveis razões que levaram seus familiares ou responsáveis a recorrerem a internação compulsória através de ordem judicial, e identifica a incidência na continuidade do tratamento após alta hospitalar. Procura-se revelar também a opinião de profissionais que atuam na área referente à internação compulsória por ordem judicial, considerando suas dificuldades, opiniões sobre as políticas públicas existentes nessa área, a

relação do usuário com sua família, a participação desta última neste período de tratamento, além de sugestões sobre sua efetividade, questionamentos estes que, acredita-se revelar qual o impacto que causa o caráter obrigatório da internação compulsória no dependente de substâncias psicoativas.

5.1.1 Perfil do paciente

Em se tratando do perfil percebe-se que quanto ao gênero dos sujeitos sua totalidade é masculino devido à especificidade do setor, cujas idades são apresentadas no quadro:

IDADE	Nº. DE SUJEITOS
Abaixo de 15 anos	01
De 16 a 25 anos	12
De 26 a 35 anos	10
Acima de 45 anos	02
Total de sujeitos	25

Quadro 1: Idade dos sujeitos

A maior incidência dos sujeitos (22) tem idade entre 16 e 35 anos, e apenas um (01) tem menos de quinze (15) anos, logo, são pessoas muito jovens que não se dão conta que ao fazerem o uso, as drogas estão —abreviando vidas, enquanto empurram os jovens lenta ou rapidamente, em direção ao abismol (TIBA, 2003, p. 14).

É praticamente impossível encontrar em estudos científicos sobre drogas, autores que não explorem a adolescência como fase vulnerável ao uso dessas substâncias, isto porque a adolescência é segundo Zago (1988, p.39): —um período crítico da vida, onde o jovem está muito sensível ao que se passa no seu interior e no mundo que o cerca. É um período que ele se defronta com muita pressão tanto da família, quanto da sociedade e, na

busca de uma identidade acabam se entregando ao vício, que faz com que observem a vida com —óculos escuros, no entanto, curiosidade, influência, trauma, abandono, abuso e predisposição, podem auxiliar no entendimento de pontos influentes para o início do uso de drogas na adolescência, porém, nunca devem ser vistos como fatores determinantes, trata-se de uma abordagem bem mais complexa e profunda até que possivelmente se chegue à alguma afirmativa. Afirmativa essa que não tem o papel de culpabilização das pessoas ou situações, mas pode ser útil para que o tratamento tenha seu início com tendência à atenção também de aspectos individuais (planejamento individual de tratamento) sendo conseqüentemente, mais assertivo.

Em relação à escolaridade afere-se que:

GRAU DE ESCOLARIDADE	Nº. DE SUJEITOS
Fundamental Incompleto	13
Fundamental Completo	03
Médio Incompleto	04
Médio Completo	04
Superior Incompleto	01
Total de Sujeitos	25

Quadro 2: Escolaridade dos sujeitos

Treze (13) sujeitos possuem o ensino fundamental incompleto, enquanto que um (01) possui o ensino superior incompleto. A pouca instrução apresentada é consequência dos grandes prejuízos causados pelo uso de drogas, que leva uma frequência irregular ao colégio, quando não, ao abandono dos estudos. Este fator pode estar relacionado a dificuldades de concentração, de cálculos, de interpretação ou ao déficit cognitivo provocado pelo uso de substâncias psicoativas, o que desestimula ou os impede de assistir aulas normalmente:

Eu deixei de escutar minha mãe, eu fui muito tonto por ter parado de estudar, eu não tive uma cabeça muito firme, porque o estudo é fundamental e sem ele você não é nada. Sujeito (18, 25 anos).

Esta evasão escolar precoce, acaba facilitando ou induzindo o adolescente ao crime, e mesmo que mais tarde venha a se arrepender por esta interrupção, no momento em que a atividade é cessada, não a consideram tão importante ou preferem entender que podem utilizar desse tempo para conseguir droga ou consumi-la, que sem dúvida alguma, é a primeira e única prioridade de um dependente.

A pouca escolaridade remete ainda a um outro agravante, as desvantagens no mercado de trabalho competitivo e excludente do sistema capitalista, que elimina os candidatos objetivamente sendo um dos primeiros (se não o primeiro critério), pois o grau de instrução vem atribuir teorias, técnicas, habilidades e capacidades para que as pessoas tenham maior qualificação intelectual ou profissional. O quadro 3 aponta uma representação fragmentada das categorizações profissionais, pois seis (06) sujeitos são autônomos, cinco (05) são operários, e quatro (04) sujeitos não tem profissão, consequência da não escolarização:

PROFISSÃO	Nº. DE SUJEITOS
Não tem profissão	04
Operário	05
Autônomo	06
Ajudante Geral	02
Calçadista	01
Servente de pedreiro	03
Vendedor	01
Motorista	01
Mensageiro	01

Torneiro Mecânico	01
Total de Sujeitos	25

Quadro 3: Profissão dos sujeitos

Pela não conclusão dos estudos, estes jovens tendem a se inserir no mercado informal de trabalho. A falta de qualificação faz com que praticamente a metade (13) dos sujeitos encontrem-se sem registro em carteira ou desempregados no momento, como aponta o quadro 4:

REGISTRO EM CARTEIRA	Nº. DE SUJEITOS
Possui registro em carteira	12
Não possui registro em carteira	09
Não trabalha	04
Total de sujeitos	25

Quadro 4: Trabalho com registro em carteira profissional

Tanto o desemprego quanto a inserção no mercado informal de trabalho em atividades mais peculiares, expõe esses adolescentes e jovens às ruas em contato com traficantes, facilitando o conhecimento e o uso da droga. Descartando utopicamente a questão do mercado informal de trabalho, o consumo de drogas representa muitas vezes aos jovens uma panacéia, sem contar que o tráfico pode ser a opção de sobrevivência em meio à falta de oportunidades. Este efeito —bola de neve— produz o retrato de um labirinto de situações perigosas, como por exemplo a privação da liberdade observada no quadro 5:

SE JÁ FOI DETIDO ALGUMA VEZ	Nº DE SUJEITOS
Sim	13
Não	12
Total de Sujeitos	25

Quadro 5: Já estiveram detidos.

Quanto à detenção dos sujeitos, treze (13) deles já estiveram presos, e apenas cinco (05) deles afirmam que o motivo era relacionado à droga, como apontam os sujeitos:

Eu assaltei pra poder comprar droga depois. Sujeito (01, 16 anos).

Por não ter porte de arma, eu roubei a moto do meu tio pra comprar droga e estava armado, e isso de ir preso com arma não foi uma vez só não, é que eu andava armado porque tinha medo, queria me defender. Sujeito (23, 22 anos).

Tais sujeitos assumem a prisão como consequência das drogas, entretanto os demais citam delitos como assalto, pensão alimentícia, estelionato, briga e homicídio, porém, segundo eles, sem relação alguma com drogas, no entanto sabe-se que apesar de não admitirem, provavelmente são fatores ocasionados pela drogadição.

Devido à tantas experiências e situações negativas, especialmente no decorrer de um tratamento, a religião (necessária para uns e indiferente para outros) é motivo de polêmica por ser posta por alguns líderes espirituais, como promessa de cura para qualquer vício. Está explícito no Inciso VI do Artigo 5º da Constituição Federal de 1988 que, —é inviolável a liberdade de consciência e de crença, sendo assegurado o livre exercício dos cultos religiosos e garantida, na forma da lei, a proteção aos locais de culto e a suas liturgias, tendo os cidadãos, direito ao exercício da religião que optarem. O problema se instala quando passam a ter uma visão isolada de religião, interpretando o tratamento como algo —desnecessário em função da religião, todavia, toda tentativa para auxiliar o dependente é válida, desde que acompanhada de tratamento.

O quadro 6 demonstra que nesta realidade há um número significativo de sujeitos (19) que possuem alguma religião, inclusive o fato de acreditar em uma força superior, pode trazer influências muito positivas para o dependente de substâncias psicoativas, pois fragilizado, ele vai com frequência (principalmente após um episódio de recaída) recorrer a

Deus, não importando qual seja sua religião, e para que não haja nenhuma forma de preconceito ou discriminação, a religião não foi especificada:

RELIGIÃO	Nº. DE SUJEITOS
Tem religião	19
Não tem religião	06
Total de sujeitos	25

Quadro 6: Religião dos sujeitos

O Estado Civil dos sujeitos, também faz parte do perfil e afere-se que dezessete (17) são solteiros, enquanto que apenas um (01) é casado. Esta questão evidencia a tão discutida fragilidade de vínculos dos dependentes e a qualidade das suas relações, inclusive na relação homem-mulher e, por esta razão, não conseguem dar estabilidade aos relacionamentos, os quais, muito embora existam, porém, são insustentáveis como mostra o quadro 7:

ESTADO CIVIL	Nº. DE SUJEITOS
Solteiro	17
Casado	01
União Estável	02
Separado	05
Total de sujeitos	25

Quadro 7: Estado Civil dos sujeitos

Nota-se que apenas três (03) mantém um relacionamento, e em cinco (05) deles a ruptura dos laços afetivos está presente, provavelmente, em decorrência do envolvimento com o vício.

Em relação ao município de residência, todos os sujeitos residem no estado de São Paulo como se percebe no quadro a seguir:

MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	Nº DE SUJEITOS
Barra Bonita	01
Bauru	06
Botucatu	06
Igaraçu do Tietê	01
Jaú	03
Lençóis Paulista	02
Lins	01
Pirajuí	02
Promissão	03
Total de sujeitos	25

Quadro 8: Município de residência dos sujeitos

Do município de Jaú, local em que está situada a Associação Thereza Perlatti, há apenas três (03) sujeitos, os demais tem como procedência municípios da região, tendo como destaque as cidades de Botucatu e Bauru, seis (06) sujeitos respectivamente.

Quando questionados com quem residem atualmente, os sujeitos respondem:

COM QUEM RESIDE	Nº. DE SUJEITOS
Só	02
Com companheira	02
Com familiares	17
Com familiares e outras pessoas	04
Total de sujeitos	25

Quadro 9: Com quem residem atualmente os sujeitos

Percebe-se que vinte e um (21) sujeitos ainda moram com seus familiares, sendo que dezesseis (16) deles, apesar de se encontrarem na fase adulta, ainda não construíram suas próprias famílias. A raridade de se ter uma família nuclear é forte nesta realidade e apenas dois (02) sujeitos vivem atualmente com suas respectivas companheiras, os demais tem o suporte da família de origem. Não ter uma estabilidade familiar não quer dizer que esses sujeitos não tenham filhos, pois o quadro 10 aponta:

FILHOS	Nº. DE SUJEITOS
Tem filhos	13
Não tem filhos	12
Total de sujeitos	25

Quadro 10: Se tem filhos

Verifica-se:

QUANTOS FILHOS TEM	Nº. DE SUJEITOS
Não tem filhos	12
Tem 01 filho	11
Tem de 02 a 04 filhos	02
Total de sujeitos	25

Quadro 11: Número de filhos

Dos treze (13) sujeitos que possuem filhos, apenas dois (02) deles tem mais de um, os demais apenas um. Desses filhos, dez (10) moram com a mãe biológica e, em alguns casos são proibidos de vê-los pelas ex companheiras, devido ao preconceito que a própria doença acarreta, pois as mães acreditam que além de não terem capacidade para criar os filhos, os pais podem causar más influências se o contato for constante ou a relação muito próxima. O quadro 10 demonstra com quem residem os filhos:

GAURDA DOS FILHOS	Nº. DE SUJEITOS
Não tem filhos	12
Moram com a mãe	10
Mora com ele	01
Mora com os avós	01
Mora com ele e a esposa	01
Total de sujeitos	25

Quadro 12: Com quem o(s) filho(s) reside(m)

Percebe-se que apenas dois (02) filhos tem contato direto com o pai, o que ratifica a incapacidade e/ou descrédito da responsabilidade paterna.

Quando questionados sobre possíveis fatores que os levaram ao uso de drogas, o quadro 13 evidencia uma variedade de respostas, considerando que vinte e cinco (25) sujeitos se posicionam, porém, a somatória dos números não é coerente devido à múltiplas respostas de alguns sujeitos:

O QUE LEVOU AO USO DAS DROGAS	Nº DE SUJEITOS
Curiosidade	23
Influência	17
Morte de familiar	06
Separação dos pais	02
Separação da companheira	04
Outros	10
Total de sujeitos	25

Quadro 13: O que levou o sujeito a usar drogas

Os motivos que alegam ter sido a mola propulsora para o uso de drogas, estão relacionados à curiosidade, seguida pela influência, ao passo que a separação, tanto dos pais, quanto das ex companheiras, em menor escala (06), são apontadas como fator potencializador de uma conduta já existente e não como ponto de partida para o uso de drogas, como se nota nos seguintes relatos:

Eu larguei da minha ex e me arrependi, fui pedir pra voltar e ela não quis, aí eu piorei de vez porque a droga é meu refúgio. Sujeito (10, 21 anos).

Depois da separação com a minha mulher, eu fiquei mais violento e o uso piorou. Sujeito (16, 30 anos).

Eu nunca concordei com a separação dos meus pais, foi bem na época que eu comecei com a maconha. Sujeito (22, 35 anos).

Então, ao ter que enfrentar uma realidade difícil como a separação da companheira ou dos pais, as características pessoais de um dependente podem se acentuar e resultar em acontecimentos imprevisíveis, é como se acionassem um gatilho que os fizesse dar início ao uso de drogas.

O fato dos jovens serem atualmente menos alienados à sociedade (comparado há algumas décadas atrás) pela notória evolução intelectual, induz ao pensamento de que os fatores curiosidade e influência de terceiros, seria hoje quase que indetectável, porém, os dados revelam o oposto disso quando é citada a curiosidade por vinte e três (23) sujeitos e a influência por dezessete (17) deles, como constata-se:

Eu via meu primo usando e queria saber o gosto daquilo, a sensação, saber como e porque ele ficava daquele jeito, meio diferente. Sujeito (6, 25 anos).

Meu irmão era traficante, ele morreu assassinado, que Deus e ele me perdoem mas ele me influenciou muito. Era tipo assim —olha meu irmão, não usa isso que faz mal, falava que a cocaína não prestava, mas a cocaína estava sempre lá, ao meu dispor. Aí eu pensava, se não presta, por que ele usa? Ele se contradizia comigo, é a mesma coisa que dar um doce para uma criança, você acha que ela não vai querer? Sujeito (8, 47 anos).

Pra mim foi mais curiosidade. Os outros fumavam e no meu entender eles era bem vistos porque todo mundo temia. Então isso aí foi onde eu quis saber a reação da droga, tudo. Sujeito (17, 25 anos).

Em relação ao gênero que, além de diferenciar os sexos, atribui funções específicas a homens e mulheres, pontua o sujeito (22, 35 anos) que:

Um filho tem que ter carinho do pai e da mãe, não adianta ter só de um ou só de outro, porque quando é só um que dá, acaba sufocando ele, é aí que ele vai cair nas drogas. Nesse lance não existe influência, isso tem outro nome, é carência.

Não existem na verdade drogas que possam ser classificadas como leves ou pesadas, o que existe é uso leve e uso pesado, isto porque o agravante do uso de drogas, depende muito mais da maneira e circunstâncias que são utilizadas, do que o tipo da droga. Do ponto

de vista jurídico por exemplo, não há diferença entre droga leve ou pesada, o critério fundamental para se dizer que, de um modo ou de outro a lei foi infringida é sua legalidade ou ilegalidade, conforme o Guia para a Família (2000, p.10). O que representa uma diferença muito grande perante um processo jurídico, não apresenta, necessariamente, o mesmo teor em relação aos danos causados à saúde do indivíduo.

A maconha é um exemplo de droga considerada —level por muitas pessoas, porém, o velho e antigo clichê de que ela é a porta de entrada para outros tipos de drogas, é confirmado através desta pesquisa, pois dezesseis (16) sujeitos tiveram-na como início de uma longa história de consumo, até que se chegasse à dependência. É verdade que algumas pessoas nem se quer fumaram a maconha e utilizaram como droga inicial o crack ou a cocaína por exemplo, mas comparado a maconha, estes números são insignificantes, como aponta o quadro 14:

PRIMEIRA DROGA QUE USOU	Nº. DE SUJEITOS
Cigarro	01
Álcool	05
Maconha	16
Cocaína	01
Crack	02
Total de sujeitos	25

Quadro 14: Primeira droga de uso dos sujeitos

Percebe-se que a porta de entrada ao mundo das drogas realmente é a maconha, pois apenas dois (02) casos tiveram o crack como primeira droga de uso e cinco (05) deles, o álcool, droga de cunho lícito em relação às demais.

Segundo o Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) a maconha não tem nada de intrínseco que obrigue o indivíduo a usar posteriormente drogas —mais pesadas, esta é só uma questão de hierarquia de uso, considerando também que a

maconha está disponível mais facilmente no mercado ilegal, e hoje o crack talvez seja o mais acessível financeiramente.

Um episódio curioso destacado no relato do sujeito (22, 35 anos) é que a primeira droga utilizada na vida foi o álcool aos quatro (04) anos de idade:

Quando eu tinha quatro anos, eu estava em um churrasco com o meu pai e enquanto ele se distraía com os amigos eu virei de costas pra ele e tomei meio copo de cerveja que estava ali abandonado, depois meu pai encheu o copo dele e eu fui lá e tomei mais um copo escondido, mas ninguém percebeu. Via todo mundo bebendo não é. Não foi isso que me fez ser dependente, mas é uma coisa verdadeira que não acontece com todo mundo. Aí eu fui usar droga mesmo quando tinha 15 anos já.

Mesmo não sendo obrigado a provar da droga, houve negligência por parte do pai deste sujeito, considerando que a criança (na época) de apenas quatro (04) anos, estava sob seus cuidados e sendo incentivada para o mal exemplo. Não raramente, ocorre exatamente o que pontua Tiba (2003, p. 23) quando:

A criança ainda não está capacitada para decidir se deve ou não tomar cerveja. Não sendo educada, ela está sendo simplesmente criada. Há adultos que chegam ao cúmulo de colocar o copo na boca da criança, ou molhar a chupeta na bebida.

Esta conduta adotada por esse pai e por muitos outros, pode ser considerada gravíssima pois, poderá ser esta a porta de entrada, ao passo que alguns dependentes

chegam nas piores das condições, sem ao menos serem influenciados por familiares ou amigos, a considerar que uma criança ainda não desenvolveu seu juízo sobre o que é certo ou errado, permitido ou proibido.

Quanto a idade que iniciou o uso de drogas percebe-se que:

IDADE QUE INICIOU O USO DE DROGAS	Nº. DE SUJEITOS
Antes dos 10 anos	01
Dos 11 aos 15 anos	17
Dos 16 aos 20 anos	06
Acima dos 21 anos	01
Total de sujeitos	25

Quadro 15: Idade de início do uso de droga dos sujeitos

Como citado, o maior ponto vulnerável na vida do ser humano é a adolescência e o quadro 13 ratifica essa teoria, pois dezessete (17) sujeitos iniciaram o uso de drogas entre os onze (11) e quinze (15) anos, seis (06) deles dos dezessete (17) aos vinte (20) anos, enquanto que apenas um (01) na idade adulta.

Revelar qual a droga que utilizava no momento que antecedeu a internação compulsória, o quadro 14 aponta:

DROGA DE ELEIÇÃO	Nº. DE SUJEITOS
Crack	20
Cocaína	02
Álcool	03
Total de sujeitos	25

Quadro 16: Droga utilizada atualmente pelos sujeitos

O crack pertence ao grupo das drogas estimuladoras (que aumentam a atividade cerebral) e é atualmente a maior preocupação dos especialistas, por ser considerada a —mais potente e viciante das drogas existentes no Brasil (TIBA, 2003, p.161). Devastador, destruidor e perigoso, são os adjetivos utilizados com maior frequência para definir o poder que esta droga representa, mas nenhum deles é tão fidedigno quando observa-se os relatos:

A vida do crack é completamente paralela porque ele é muito diferente das outras drogas. Por causa do crack você passa a perna no seu melhor amigo, se você vai buscar a droga, você acaba dividindo desigual e pega a melhor parte pra você, se você vai comprar com o dinheiro dele acaba falando que perdeu o troco, tem tudo isso. Sujeito (07, 27 anos).

O viciado é do diabo, ele compra você, o crack veio pra matar mesmo. Eu perdi tudo na vida por causa de álcool e crack, o crack não tem idade, não tem sexo, não tem cor, nada. Você fuma e sente prazer, mas que prazer é esse que dá medo de tudo? O crack é uma máscara que esconde tudo, você está morrendo, sendo fuzilado e não está vendo. O pavor é que o barato parece uma encantação, mas é o lixo do lixo, é final de carreira. Crack é crack, você sabe, ele é tão poderoso que eu fumo cigarro aqui e sinto descendo na garganta o gosto do crack, quem usa ele se sujeita a tudo, você é humilhado, os traficantes fazem da gente o que querem. Se você fumou crack já era, você não vale mais nada para as pessoas. Nem traficante que é traficante mesmo, gosta de crack. Eu acho que todo mundo sabe o que é, mas as pessoas acham que vão dar um trago e não vão viciar, mas fumou tchau. Hoje em dia você vê filha de médico, universitária,

suja no meio da rua, se prostituindo no meio de construção a troco de pedra. Sujeito (08, 47 anos).

Eu demorei um pouco pra usar crack, depois disso eu acabei gastando 50 mil nessa brincadeira. Tudo o que eu catava eu vendia, eu perdi muita coisa a troco de banana. A gente via a cracolândia e achava um absurdo, hoje a cracolândia é aqui, já está acontecendo aqui. Sujeito (18, 25 anos).

A droga só trouxe destruição pra mim, se eu não tivesse no mundo do crack, já era pra eu ter um carro. Fui eu que fiz aquelas rugas no rosto da minha mãe, fui eu que deixei ela passar noites sem dormir por ficar me procurando, eu perdi minha adolescência inteira. Ou eu parava com o crack ou ele parava comigo. Sujeito (24, 20 anos).

Quando eu comecei a usar cocaína eu escondia tudo mas eu tinha controle, o crack não dá pra esconder porque começam a sumir as coisas, você perde o trabalho, vai negar como? Sujeito (04, 20 anos).

Minha irmã é minha tutora, ela viu que eu queria a morte. Fiquei 7 dias e 7 noites acordado só usando crack, andava com 2 salsichas num bolso e um pedaço de bife no outro, a hora que batia a fome eu dava uma mordida na salsicha só pra enganar. Eu era conhecido na vila como Zumbi porque andava a noite por aí, tinha gente que achava que eu era guarda noturno, até recebia uns trocados. Sujeito (22, 35 anos).

Todas as drogas que eu usei quase me mataram já, era um rodízio, o que passava eu usava, aí quando eu conheci o crack eu larguei tudo. É só curioso que entra no crack. Tem gente que acha que droga só muda de nome, mas cada uma é de um jeito, crack é crack. Sujeito (22, 35 anos).

Esses relatos vem confirmar o que já citado, o crack hoje é a droga de mais fácil acesso, pois, vinte (20) dos sujeitos a tinha como eleita antes da internação, acredita-se que pela opção financeira e, conseqüentemente, pela preferência, à considerar seu poder viciante. Contudo, pode-se afirmar que o crack passa a ser o terror da sociedade moderna e num raciocínio lógico, por ser uma droga que surte tantos efeitos negativos, por hora, o que há de melhor a se fazer é o planejamento de uma ação em rede que tenha como foco a prevenção, para que não haja uma corrida contra o tempo, tentando reparar danos que não foram evitados.

5.1.2 Dependente X Internação compulsória por ordem judicial

Na ótica da psicologia, a infância é considerada um período importante no desenvolvimento de um cidadão e, pode refletir na vida adulta alguma desorganização, por este motivo investigar a infância desses sujeitos também foi objetivo desse estudo e o quadro 17 demonstra:

COMO FOI A INFÂNCIA	Nº DE SUJEITOS
Boa	17

Ruim	05
Regular	03
Total de sujeitos	25

Quadro 17: Como foi a infância dos sujeitos

A infância é classificada de regular a ruim por oito (08) sujeitos, enquanto que dezessete (17) sujeitos guardam boas recordações dessa fase e expressam ainda, a importância da presença dos pais, do convívio escolar e das brincadeiras quando afirmam:

Eu brincava bastante, jogava burquinha, soltava pipa, jogava bola, fazia de tudo na infância. Me divertia bastante. (Sujeito 14, 29 anos).

Foi sempre brincando do jeito que eu queria, vídeo game, tudo que eu queria. Nunca faltou nada pra mim não. (Sujeito 24, 20 anos).

Tudo o que eu quis eu tive. Meus pais só faziam as coisas se eu tivesse junto. As vezes eles não tinham condições nenhuma de comprar o que eu queria, mas faziam um esforço e davam pra mim. (Sujeito 17, 25 anos).

Os relatos pontuam uma infância normal, permeada de brincadeiras e de certa forma de todas as vontades satisfeitas, mesmo que com dificuldades dos pais. Expressam também uma infância que contempla além do lado positivo, o negativo quando relatam momentos

não tão agradáveis que soam como marcas que provavelmente, nunca se apagarão, ou pelo contrário, se apagaram:

Eu convivia com a minha família, eles eram todos unidos, mas também tinha umas brigas internas. Eu brincava bastante com os meus primos. Pra você ver, eu comecei a fumar com 12 anos, desde essa época eu não tenho uma foto com a minha família, com os meus pais, parece que apagou. Sujeito (07, 27 anos).

Essa é a triste realidade de muitas crianças que não tem uma convivência fraterna de família, cuja relação pai X filho é fragmentada, enquanto que outras não sabem ao certo como agir quando entendem que dentro do mundo que vivem, devem conseguir um meio de vida para auxiliar na renda da família ou para manter seu próprio vício. É mais importante ser de fato apenas uma criança no sentido literal da palavra, do que ter que assumir o papel de independente enquanto é apenas um dependente:

É que lá na rua de casa sempre teve o movimento, eu queria ser bandidão. Eu fazia as coisas a noite, de dia eu era criança e a noite eu mudava a cabeça. Sujeito (09, 20 anos).

A negligência ou a ausência da figura paterna no seio familiar sempre foi motivo de muita polêmica e discussão, partindo do princípio que é importante para a criança uma referência feminina e outra masculina, além disso permite-se uma reflexão: o que é menos pior, não ter uma referência masculina na família ou tê-la na condição de sujeito agressor, como relata o sujeito (22, 35 anos):

Minha infância foi péssima porque eu sempre fui desprezado pelo meu pai, eu acho que ele pensa que eu não sou filho dele pra me tratar mal desse jeito. Ele me batia muito de murro, não media força.

Ainda sobre influências familiares, porém com mais especificidade, sabe-se através de estudos, que a dependência de substâncias psicoativas está ligada a fatores biológicos e fatores ambientais. Como fator biológico, são apresentados indivíduos geneticamente mais vulneráveis à dependência, chamados de predispostos, como pode-se observar no quadro 18:

OUTROS CASOS DE DEPENDÊNCIA NA FAMÍLIA	Nº. DE SUJEITOS
Há	18
Não há	07
Total de sujeitos	25

Quadro 18: Se há outros casos de dependência na família dos sujeitos.

Nota-se que na realidade de dezoito (18) sujeitos há outros casos de dependência na família, logo, estão entre os classificados vulneráveis geneticamente ou predispostos ao vício.

Em contrapartida, devido à complexidade de comportamentos apresentados pela dependência, não se deve afirmar que todo filho de pais dependentes se tornará um dependente, porém, não se pode descartar esta hipótese por saber que sofrem influências biológicas de seus genitores.

Quanto ao tempo em que encontram-se internados afere-se que:

TEMPO DE INTERNAÇÃO	Nº. DE SUJEITOS
De 03 a 15 dias	13
De 16 a 30 dias	05
De 31 a 45 dias	02
De 46 a 60 dias	02
Mais de 61 dias	03
Total de sujeitos	25

Quadro 19: Tempo de internação dos sujeitos.

Dos vinte e cinco (25) sujeitos, treze (13) deles encontram-se internados de três (03) a quinze (15) dias, portanto, dentro do período para desintoxicação estipulado pelo hospital (de 12 à 15 dias de internação), logo, encontram-se num período considerado adequado, porém, doze (12) sujeitos estão há mais de quinze (15) dias (acima do tempo sugerido, devido ao caráter obrigatório que traz a Ordem Judicial por tempo indeterminado), o que gera aos sujeitos muita revolta e desmotivação para que a continuidade do tratamento em serviços territoriais seja de fato realizada.

Evidenciar se já realizaram tratamentos anteriores também é importante para melhor compreender essa realidade e dezessete (17) deles já o fizeram, como aponta o quadro 18:

JÁ FEZ OUTROS TRATAMENTOS	Nº. DE SUJEITOS
Sim	17
Não	08
TOTAL DE SUJEITOS	25

Quadro 20: Tratamentos anteriores realizados pelos sujeitos

No entanto oito (08) sujeitos estão em tratamento pela primeira vez, não por vontade própria, mas compulsoriamente.

Entretanto, aqueles que já fizeram outro(s) tratamento(s), retornaram após uma recaída, ou porque o tratamento anterior de nada adiantou ou não foi dada a devida

continuidade no mesmo, no entanto, a recaída pode ser interpretada sob duas óticas antagônicas, uma que indica fracasso no tratamento e outra, como oportunidade de um novo aprendizado para o crescimento e fortalecimento pessoal. Ela pode depender também das expectativas postas sobre o dependente, como por exemplo a atenção e interpretação de recaídas anteriores; o convívio com pessoas preparadas ou não para sua reintegração, ou melhor dizendo, para novas formas de socialização; as suas relações com o meio, entre tantos outros fatores.

A recaída sugere portanto, um replanejamento sobre o que se havia feito e a forma como ocorreu, considerando pontos positivos e negativos de tratamentos anteriores.

Dos dezessete (17) sujeitos que realizaram tratamentos anteriores, catorze (14) o fizeram até cinco (05) vezes, enquanto que um (01) sujeito já realizou mais de vinte (20) tratamentos, como percebe-se pelo quadro 21:

NÚMERO DE TRATAMENTOS	Nº. DE SUJEITOS
Nunca fez tratamento	08
De 01 a 05 vezes	14
De 06 a 10 vezes	01
Mais de 20 vezes	02
Total de sujeitos	25

Quadro 21: Número de tratamentos anteriores realizados pelos sujeitos

Infelizmente verifica-se que a maior parte dos sujeitos são reincidentes no tratamento, o que vem comprovar que a drogadição é uma doença que não tem cura, apenas controle.

Em relação aos tipos de tratamentos realizados anteriormente, os números não coincidem à quantidade de sujeitos pois, alguns deles citaram mais de um tipo:

TIPO DE TRATAMENTO	Nº. DE SUJEITOS
--------------------	-----------------

Clínica	11
Comunidade Terapêutica	05
Hospital Psiquiátrico	09
CAPS ad	04
Grupos de auto ajuda	01
Ambulatório de saúde mental	02
Total de sujeitos	25

Quadro 22: Tipo de tratamento realizado anteriormente

É importante que seja realizada uma avaliação individual do sujeito para que este seja inserido em um modelo de tratamento correspondente à sua necessidade num determinado momento, tornando mais fácil a assertividade no mesmo, assim, mantém-se a abstinência e evita-se a reincidência. O 1º dos treze (13) princípios para um tratamento efetivo segundo o National Institute on Drug Abuse (NIDA) retrata exatamente isso, que nenhum tratamento é efetivo para todas as pessoas.

Os sujeitos que já realizaram tratamentos anteriores, relatam suas experiências e subentendem suas intenções:

Não adiantou nada, não sei explicar, porque você sai com um pensamento, mas na rua encontra com um, com outro e muda tudo. Sujeito (08, 47 anos).

Talvez estes sujeitos estivessem despreparados para finalizar o tratamento, ou por não ter atingido o tempo ideal, o que vem de encontro com o 5º princípio do NIDA que revela que o indivíduo deve permanecer no tratamento por tempo suficiente (mesmo tendo uma previsão inicial de permanência), o que já remete ao 4º princípio, que diz que o tratamento deve ser flexível, pois as prioridades podem mudar com o passar do tempo, exigindo uma atualização do planejamento de intervenção.

Ainda, como pontua o sujeito (10, 21 anos):

Eu nunca quis parar de usar, só queria sair. Algum tempo depois do tratamento eu consigo ficar abstinente. Ai eu passei a freqüentar o N.A., mas parei porque minha ex mulher tinha ciúmes das outras mulheres que freqüentavam o grupo.

Entrar na questão da voluntariedade ou involuntariedade, é uma polêmica e delicada situação, pois como pode-se observar, o sujeito 10 inicia o discurso ressaltando sua falta de interesse em parar de usar drogas, além disso, ele é influenciado a adotar uma postura totalmente contrária do que necessitava naquele momento, devido ao ciúmes da ex companheira que expressa através desta situação sua co-dependência (pessoa afetada por conviver com um dependente de substâncias psicoativas e, emocionalmente, ligada nele), faz com que tal comportamento gere uma série de consequências, dentre elas a não continuidade do tratamento.

Em contrapartida, os sujeitos que realizaram tratamentos anteriores pontuam aspectos positivos:

Os tratamentos foram bons. Tem uns que é muita mordomia, aí você tira umas férias, vamos dizer. Alguns tem bastante reunião de A.A. e N.A. que é bom pra gente. Aqui por exemplo, você fica 15 dias tomando remédio e sabe que melhora, só que mais que isso não resolve. Sujeito (17, 25 anos).

Na época foi bom, eu fiquei um tempo sem usar droga. Sujeito (15, 27 anos).

No N.A achei bem melhor, eu não fumava nem cigarro mais, lá um ajuda o outro. Sujeito (19, 30 anos).

É um aprendizado de vida. Sujeito (20, 49 anos).

Por ser uma doença crônica e necessitar de tratamento contínuo, a dependência de substâncias psicoativas induz os sujeitos a permanecerem nos serviços para a manutenção da abstinência, porém, há muito que avançar na questão da conscientização da sociedade, em especial aos dependentes, sobre a necessidade da continuidade do tratamento, como mostra o quadro 23:

FOI DADA CONTINUIDADE EM TRATAMENTOS ANTERIORES	Nº DE SUJEITOS
Sim	09
Não	08
Não realizaram tratamentos anteriores	08
Total de sujeitos	25

Quadro 23: Continuidade dada em tratamentos anteriores

Quando questionados se veem necessidade na continuidade do tratamento reconhecem que sim, porém, como a conscientização é algo intrínseco, que só depende de cada um, faz com que o dependente por si só, considere que a sua melhora signifique a dispensa do tratamento que estava sendo realizado, o que remete mais uma vez à uma possível recaída, como se verifica pelo quadro 24:

CONTINUIDADE DADA POR QUANTO TEMPO	Nº. DE SUJEITOS
De 01 a 05 meses	05
De 06 a 12 meses	02
De 13 a 18 meses	01
Acima de 19 meses	01

Não deram continuidade	08
Não realizaram tratamentos anteriores	08
Total de sujeitos	25

Quadro 24: Tempo de permanência na continuidade de tratamentos realizados anteriormente

A maioria (08) deles assumem que não deram continuidade ao tratamento e aqueles que o fizeram não chegaram a um ano, logo, demonstram que não persistiram por não sentirem vontade, e quando a situação vai se prolongando, essa dependência vai se tornando insuportável para a convivência familiar, os quais procuram a ajuda externa para o dependente, através da internação compulsória.

Boa parte dos sujeitos (17) citam a involuntariedade como motivo para que seus familiares ou responsáveis procurassem a internação compulsória por Ordem Judicial, submetendo-os à esta, sem consentimento dos mesmos, como demonstra o quadro 25 (os números de respostas não condizem com os sujeitos porque alguns deles citaram mais de uma alternativa):

MOTIVO DA PROCURA DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA PELA FAMÍLIA	Nº. DE SUJEITOS
Falta de vaga	03
Involuntariedade	17
Complicações jurídicas	06
Outros	06
Total de sujeitos	25

Quadro 25: Motivo que levou as famílias dos sujeitos procurarem pela internação compulsória

Percebe-se que dezessete (17) sujeitos encontram-se internados contra a própria vontade, enquanto que seis (06) deles concordam com a internação por esta ser vista como alternativa mais amena em relação a outras medidas, as quais deveriam estar submetidos por encontrarem-se em conflito com a lei, devido à ocorrências consequentes do vício.

A internação para dependentes de substâncias psicoativas, no geral é indicada em casos de extrema necessidade, e quando todos os recursos disponíveis já tiverem sido esgotados, isto porque esta modalidade acarreta inúmeras complicações para os sujeitos, desmotivando-os, muitas vezes, de prosseguir o tratamento. No entanto, existem razões que apesar de antagônicas, acabam sendo a melhor saída, como apontam os relatos a seguir:

Todo mundo sabia que eu não queria ficar na Fundação, aí o delegado me orientou que eu tinha a opção de me internar. Sujeito (01, 16 anos).

Minha mãe tinha medo que alguém me matasse ou que eu matasse alguém. Sujeito (25, 32 anos).

Contudo, nos momentos em que o dependente está no —fundo do poço], vulnerável à morte, muitas famílias se desesperam e sem procurar conhecer os diferentes tratamentos e o mais adequado, utilizam-se da primeira opção que surge, depois se arrependem, pois são muitos os transtornos que afeta ambas as partes, como pontua:

Minha mãe acha que 15 dias é pouco, é porque ela não conhece o ambiente, ela não sabe o que é, o médico sempre fala aqui que 15 dias é o suficiente para desintoxicar. Ela foi atrás do juiz e ele me deu uma ordem para ficar aqui um ano, agora ela está atrás de advogado pra me tirar, dá pra entender? Sujeito (17, 25 anos).

Observa-se em geral muita subjetividade, o que pode desencadear diferentes interpretações, primeiramente, porque muitos desses casos partiram da involuntariedade do sujeito, porém, em outros casos, há aparente voluntariedade, talvez causada pela própria internação de caráter obrigatório, como pontua o sujeito (09, 20 anos):

Ela (mãe) me trouxe pra eu parar de dar trabalho, parar com as loucuras. Mas eu viria tranquilo se ela tivesse conversado comigo, não sei porque ela foi atrás do juiz.

Eu senti a maior raiva da minha mãe, não precisava disso porque eu ia largar sozinho, eu não usava todo dia. (Sujeito 23, 22 anos).

Minha mãe agiu na —surdina, ela estava cansada com a gente, meu irmão gêmeo também está aqui internado. Eu sei que ela quer o melhor pra mim, mas não precisava disso. Sujeito (06, 26 anos).

Eu sabia que ela (mãe) já estava atrás disso, mas ela não precisava ter feito. Sujeito (09, 20 anos).

A raiva emerge dentre outros sentimentos, porque o dependente além de não concordar, sente-se incapaz de agir perante tal situação, como refere o sujeito (03, 17 anos):
—*Fiquei com raiva, o pior é que eu não posso fazer nada, enquanto que outros já construíram alguma consciência sobre a doença e ousam com humildade, reconhecer sua necessidade:*

Eu estava muito viciado, não tinha nem como. Sozinho eu não ia parar mesmo. Sujeito (19, 30 anos).

Por vezes, reconhecem essa necessidade mas acabam confundindo o objetivo geral do setor de dependentes do hospital, que é específico e visa pura e simplesmente, a desintoxicação:

Quinze dias é pouco porque a pessoa está usando já há um ano, não adianta, não dá progresso. (Sujeito 24, 20 anos).

Assim, o tratamento tem a mesma importância de sua continuidade após a alta, pois o dependente sai do hospital desintoxicado, em condições de receber um tratamento que tenha como objetivo a recuperação, no entanto, não é bem assim que acontece quando se detecta a quantidade de reincidência de internações.

Em se tratando ainda da internação compulsória, alguns sujeitos citam a falta de vaga como motivo principal da internação compulsória, o que é um absurdo, pois o Estado tem a saúde como direito universal, e esta deve ser garantida como prioridade por ser aspecto fundamental à vida do ser humano. O 2º princípio do NIDA também reforça esta idéia, dizendo que o tratamento deve estar disponível, pois o sujeito deve ser atendido no momento de sua necessidade. A indisponibilidade de tratamento pode acarretar sérios problemas, como o adiamento da intervenção ou sua desistência.

Entretanto, alguns sujeitos, mesmo inicialmente contrariados com a decisão tomada pela família, passam a pensar de maneira diferente, compreendendo a necessidade que apresentavam e não percebiam devido à incapacidade de escolha no momento, pois a vontade de usar droga se sobrepõe às coisas consideradas importantes:

Eu achei legal até porque só judicialmente eu ia conseguir vaga pra me tratar dessa doença. Quando a gente cai em si a gente começa a entender que não consegue controlar. Sujeito (05, 34 anos).

O sujeito (10, 21 anos) consegue depois de uma reflexão, visualizar o que provavelmente estaria acontecendo se ele não estivesse internado compulsoriamente:

Acho que minha mãe fez certo porque eu estava num uso bem abusivo, se eu não estivesse aqui, eu ia estar na rua até agora, não ia querer vir.

Conseguem ainda, compreender que os prejuízos não são sentidos somente por eles:

Eu estava demais da conta, se for ver meu pai está certo porque eu estava prejudicando ele também. Sujeito (19, 30 anos).

Reconhecimento, entendimento e gratidão, também são sentimentos presentes nessa realidade:

No começo eu nem acreditei, mas isso que minha mãe fez foi uma prova de amor por mim. Sujeito (07, 27 anos).

Alguns concordam com esta condição, a partir do momento em que a família antes de realizar a internação, comunica-os e os deixam cientes da decisão:

Foi minha mãe e minha irmã que procuraram a internação. Elas não fizeram errado, porque antes delas procurarem, elas me comunicaram. Minha mãe falava que quando eu usava droga, ficava dias sem aparecer em casa, era violento, estava

mudando de personalidade de repente. O cara quando usa droga perde a moral, a dignidade, tudo. Eu perdi carro, perdi tudo, cheirei tudo. É tudo em função de experimentar, depois que experimenta é complicado. Sujeito (20, 49 anos).

No entanto, quando ocorre o contrário, ou seja, quando a família omite a intenção, o dependente se sente traído por ela, —Eu vim com mentira! Sujeito (09, 20 anos). E mostram indignidade:

Ela (mãe) me traiu porque ela poderia ter conversado comigo antes, me explicado como ia ser. Sujeito (15, 27 anos).

Porém, o mesmo sujeito explica o que certamente a família imaginou que pudesse acontecer caso o comunicasse antes da internação: —Se eu soubesse que era assim eu não viria nunca!.

Em relação ao conhecimento sobre o que é de fato a internação compulsória, grande parte deles não tem, como se visualiza no quadro 26:

CONHECIMENTO SOBRE INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	Nº. DE SUJEITOS
Não sabia o que era	14
Sabia o que era	11
TOTAL DE SUJEITOS	25

Quadro 26: Conhecimento dos sujeitos em relação à Internação Compulsória

Sabe-se que a Internação para dependentes de substâncias psicoativas é um processo muito complexo e delicado, vista ainda por especialistas como último recurso a ser utilizado. Porém, muitos dos dependentes, e até mesmo familiares não tem conhecimento sobre a internação. O número apontado dos sujeitos que não conheciam a Internação

Compulsória antes de estarem no hospital é relevante, representando a maior parte deles (14).

Ao questionar os sujeitos em relação à internação compulsória para saber a opinião deles sobre o prejuízo que podem sofrer perante o caráter obrigatório que ela exerce, se tem também, catorze (14) sujeitos que citam alguns prejuízos sentidos durante a internação, interferindo no tratamento:

CARÁTER DA INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA	Nº. DE SUJEITOS
Prejudica durante o tratamento	14
Não prejudica durante o tratamento	11
Total de sujeitos	25

Quadro 27: Influência que causa o caráter obrigatório da internação compulsória para os sujeitos no momento do tratamento.

Verifica-se que a mesma quantidade que desconhecia (14) sentem-se prejudicados, e o mais curioso é que os sujeitos que anteriormente relataram não sentirem-se prejudicados no processo de tratamento pelo caráter obrigatório da internação compulsória, acabam citando alguns sentimentos negativos (os números não são coerentes pois os sujeitos citam mais de uma opção):

COGNIÇÃO	Nº. DE SUJEITOS
Irritabilidade	01
Revolta	10
Traição	07
Desejo ou tentativa de suicídio	08
Sensação de estar preso	10
Falta de esperança	03
Abandono	03

Envolvimento em brigas	06
Falta de controle	02
Arrependimento	19
Outros	02
Total de sujeitos	25

Quadro 28: Sensações e sentimentos dos sujeitos, persistentes durante a internação.

Dos vários incômodos e queixas, dezenove (19) sujeitos apontam o arrependimento, o que remete a considerar que independente de sentimentos negativos ou positivos, o momento da internação lhes proporciona uma oportunidade para reflexão como se verifica nos relatos:

As vezes a pessoa vem forçada mas chega aqui e começa a ver em outro ângulo, a não ser que a pessoa não tenha jeito mesmo. Sujeito (20, 49 anos).

Eu perdi muito tempo da minha vida usando droga, se eu não tivesse usado eu teria brincado mais com os meus filhos, teria levado eles pra tomar sorvete, comer um lanche. Sujeito (14, 29 anos).

Eu me arrependo de ter usado, porque é uma coisa que só leva a gente pra baixo e ficar aqui é difícil, principalmente quem não tem vontade de vir. Sujeito (15, 27 anos).

Eu me arrependo de estar num lugar desse porque isso ninguém merece. É bom, a comida, tudo, mas ficar aqui é ruim demais. Sujeito (12, 26 anos).

Eu me arrependo muito porque eu não queria essa vida não, fazer minha mãe sofrer, passar nervoso. Tudo que minha mãe me deu, eu joguei pro alto por causa de droga. Sujeito (13, 22 anos).

Eu já perdi muita coisa, perdi minha casa, meu carro, minha moto. Eu não queria estar aqui, não quero estar aqui forçado. Se eu não estivesse no mundo do crack, já era pra eu ter um carro. Fui eu que fiz aquelas rugas no rosto da minha mãe, fui eu que deixei ela passar noites sem dormir por ficar me procurando, eu perdi minha adolescência inteira. Sujeito (24, 20 anos).

Eu me arrependo muito, e como. Quero fazer de tudo pra não usar mais, fazer minha mãe ser feliz do meu lado pra compensar o sofrimento que eu já fiz ela passar, antes de eu ou ela morrer, eu vou cumprir esse sonho, por isso não posso ficar esperando, eu não tenho tanto tempo. Sujeito (17, 25 anos).

Eu me arrependo de ter me envolvido na droga. No começo era bom, mas hoje eu sei o que é. Se eu soubesse o que era não teria feito isso nunca. Sujeito (18, 25 anos).

Os sujeitos são tomados pelo arrependimento, uma espécie de traição causada pela droga que vem despir de uma só vez o encanto que antes lhes causara.

Seguido do arrependimento, dez (10) sujeitos citam sentir revolta durante o período de internação e oito (08) apontam desejo ou tentativa de suicídio.

Ainda sobre as sensações e sentimentos, o sujeito (05, 34 anos) cita sobre como é para ele, estar internado:

Tenho saudade da minha família, ansiosidade. Eu fico achando que não vou sair mais daqui, me dá depressão quando começam a trancar os portões a noite. Eu sei que é pra evitar que a gente fuja, mas é muito difícil.

Com todos esses sentimentos negativos, torna-se obvio que os dependentes gostariam de estar acordando de um sonho, ou melhor, do pesadelo que tanto os angustiam. Por esta razão, quase que unanimemente, referem-se às drogas direta ou indiretamente, como fator que não gostariam que tivesse ocorrido em sua vida:

Não queria ter usado essa droga, antes disso minha família era toda unida, sempre tinha festa, depois que eu e meu irmão entramos na droga, todo mundo se afastou. Minha mulher me abandonou por causa da droga e levou minha filha embora. Bens materiais eu perdi tudo, mas só choquei mesmo quando ela foi. Sujeito (12, 26 anos).

Eu me arrependo de ter usado droga, porque a consequência é o sofrimento dos meus pais, é triste. Sujeito (02, 14 anos).

O meu nascimento. Eu amaldiçoo o dia que eu nasci, preferia não ter nascido porque ou eu estou preso, ou estou usando droga, ou na base do remédio. Sujeito (22, 35 anos).

A dependência de substâncias psicoativas é uma doença tão completa e tão complexa, que as dificuldades enfrentadas pelos dependentes são inúmeras, é o que aponta

o quadro 29, (devido à varias respostas de um mesmo sujeito, os números não coincidem com a quantidade de entrevistados):

DIFICULDADES QUE ENFRENTOU DEVIDO À DOENÇA	Nº. DE SUJEITOS
Preconceito	23
Fissura	17
Conflitos familiares	19
Sintomas	12
Falta de conhecimento	21
Outros	02
Total de sujeitos	25

Quadro 29: Dificuldades enfrentadas pelos sujeitos devido à doença

Preconceito, falta de conhecimento e conflitos familiares, são as situações mais citadas pelos dependentes, como se observa nos relatos dos sujeitos:

As pessoas tem preconceito sim, elas olham torto pra mim, mas o mais engraçado é que eu sei que o filho dela também usa. Eu vou vendo todas as fases, hoje eu estou aqui, mas amanhã são eles que vão passar por isso. Sujeito (07, 27 anos).

O que é preconceito? O preconceito é não confiar, pra gente ninguém da trabalho, ou quando você está empregado te mandam embora. Conflito tem bastante também, eu brigava direto em casa, queria dinheiro de qualquer jeito, roubei tudo, minha mãe colocou até cadeado no botijão de gás. Essa porcaria acabou com a minha vida, eu era o animador das

festas em família, hoje ninguém que minha presença. Sujeito (22, 35 anos).

A pessoa entra na droga porque acha que vai conseguir controlar, mas depois de passar por aqui vai pensar duas vezes. E as pessoas tem preconceito também, se eu parar de usar até eu vou ter preconceito com os caras, porque o cara rouba a própria mãe. Sujeito (19, 30 anos).

É coisa feia, se eu soubesse não tinha entrado nisso, ainda falta muita informação pras pessoas. Só sabe mesmo quem sente na pele, só quem passa por isso. Quando a gente usa droga, só se mete em briga feia com a família inteira, sai facada, pedaço de pau, tudo. A sociedade discrimina, deixa a gente de lado, sem emprego. Aí você dá jeito de fazer um rolo, pegar alguma coisa de alguém, comprar fiado. Só eu sei o que eu passei, eu não sei me controlar ainda, é sair na rua e fazer besteira. Pra você ter uma idéia eu moro sozinho com um rottweiler, morava né. Um dia eu amanheci todo cheio de sangue deitado no chão, com a boca seca, parecia que eu não tinha espírito, alma. Um vazio, tava oco por dentro, aí vi o cachorro morto do meu lado e lembrei que eu tinha cortado o pescoço dele. Sujeito (25, 32 anos).

As pessoas acham que sabem tudo, mas elas só conhecem sobre drogas o que passa na TV, só quem usa ou quem convive com isso que sabe da realidade. Sujeito (02, 14 anos).

As pessoas não sabem direito sobre droga, os sintomas, a fissura, a correria que dá. A gente pensa que tem que conseguir a droga de qualquer jeito e começa a roubar de cara limpa porque a gente fica sem noção. Sujeito (14, 29 anos).

Briga sempre tem, porque a família é quem quer o bem da gente, então vai brigar mesmo. Agora, as pessoas tem falta de conhecimento porque a minoria sabe o que é droga, se todo mundo soubesse muita gente não entrava, é aí que a gente tem curiosidade e acaba usando. As pessoas só querem te ferrar, se você pedir um lanche ninguém te dá, agora se você pedir uma dose de pinga tem dez pra pagar. Sujeito (20, 49 anos).

Muitas vezes, acreditam que irão fazer o uso e ter total controle sobre a droga, mas quando se diz que uma pessoa consegue parar de usar quando bem entender é um ledor engano, pois tira-se assim o poder viciante de qualquer droga, pura utopia.

A questão da informação também é muito polêmica, não pode-se dizer que não se tem nos dias atuais, informações sobre drogas, porém, há uma diferença muito grande entre ter um conhecimento superficial e compreender realmente o que são drogas, o que elas causam, enfim, todas informações necessárias, transmitidas de forma clara, segura e correta, além das grandes influências.

Percebe-se que as dificuldades e as experiências vividas em termos gerais, são muitas e as mais tristes possíveis, e quando questionados sobre um tratamento efetivo, sugerem:

Mais esporte, inclusive de final de semana porque a gente fica sem fazer nada e começa a sentir muita coisa ruim, não é

fácil. Nessa hora você pode fazer besteira. Sujeito (04, 20 anos).

Livre e espontânea vontade. Depois ter profissionais para atender a gente, um pouco de remédio e fazer atividades para ir tirando a droga do corpo. Sujeito (10, 21 anos).

Evitar ficar com os amigos quando vai pra rua. Sujeito (16, 30 anos). O fundamento são as reuniões de A.A e N.A. É importante sempre falar do A.A. também e juntar os dois grupos para as pessoas entenderem que álcool é lícito, mas é droga também. O que falta é reunião, quando a gente fica muito parado a gente volta o pensamento na droga. Não desmerecendo o lugar, mas aqui o que a gente mais tem é T.V. A gente tem tempo de sobra pra ter reunião, fazer atividade, tem uma quadra bonita e a gente quase não usa. Eu preciso conquistar tudo o que eu perdi na droga. A gente tem que aprender a ter limite, compromisso, projeto de vida. Eu sempre tenho que lembrar e falar para as pessoas que meu nome não é droga, não é cachaça, porque a droga rotula a gente. Sujeito (20, 49 anos).

É a cabeça da pessoa, porque não adianta você ter tudo e não querer. Sujeito (18, 25 anos).

Os relatos expressam muitos pontos importantes para a efetividade do tratamento, tanto durante quanto após o mesmo, pois voluntariedade, bons profissionais, evitar pessoas e lugares, ter consciência sobre o que os acomete, praticar atividades físicas, participar de

grupos de apoio e obter informações adequadas proporcionam uma boa bagagem para que o dependente esteja fortalecido perante a complexidade de sua doença.

A involuntariedade, focada mais uma vez por ter sido citada por alguns sujeitos como fator prejudicial ao tratamento, se defronta com o 10º princípio do NIDA, que através de evidências mostra que o tratamento para ser efetivo não precisa ser voluntário. Assim, chega-se ao final da análise considerando ainda a questão inicial, que é o impacto que causa a internação compulsória (portanto involuntária) por Ordem Judicial no dependente.

5.1.3 Profissionais X Internação Compulsória por ordem judicial

Para que esse estudo fosse completo torna-se muito importante analisar também a ótica dos profissionais que atuam nessa realidade. Foram entrevistados profissionais de diferentes áreas, porém, todos inseridos de alguma forma na intervenção com dependentes de substâncias psicoativas, como mostra o quadro 30:

PROFISSÃO DOS SUJEITOS	Nº. DE SUJEITOS
Assistente Social	01
Terapeuta Ocupacional	01
Psicóloga	01
Advogada	01
Técnico em enfermagem	01
Psicoterapeuta	01
Médico Psiquiatra	01
Total de sujeitos	07

Quadro 30: Profissão dos profissionais

Quanto a idade desses profissionais se tem:

IDADE DOS SUJEITOS	Nº. DE SUJEITOS
De 25 a 35 anos	06
Acima de 50 anos	01
Total de sujeitos	07

Quadro 31: Idade dos profissionais

Quanto ao tempo de formação:

TEMPO DE FORMAÇÃO	Nº. DE SUJEITOS
Assistente Social	04 anos
Terapeuta Ocupacional	03 anos
Psicóloga	02 anos
Advogada	04 anos
Técnico em enfermagem	08 anos
Psicoterapeuta	22 anos
Médico Psiquiatra	04 anos
Total de sujeitos	07

Quadro 32: Tempo de formação dos profissionais.

São profissionais que lidam diretamente com esses sujeitos em fase de tratamento de substâncias psicoativas e vale ressaltar que apenas um (01) profissional não tem o contato direto, por não fazer parte do quadro de funcionários deste hospital psiquiátrico.

A vivência com internações de caráter obrigatório subentende a experiência desses profissionais em relação à internação compulsória e, torna polêmica suas justificativas, pois quando questionados sobre esse assunto, quatro (04) profissionais são contra e dois (03) são a favor desta modalidade quando relatam que:

Esta modalidade é importante, visando o tratamento adequado do paciente que não aceita que está doente,

garantindo o acesso à saúde e o seu restabelecimento. Sujeito (04, advogada).

A garantia da saúde é realmente primordial, e partindo do princípio de que a internação compulsória é direito do cidadão que dela necessitar, fica um alerta ao saber que mesmo que seja esporádica, em alguns casos, o sujeito internado indevidamente para desintoxicação por um período que exceda sua necessidade particular, pode ser transferido para o setor que atende doenças psicóticas, por um possível agravamento no quadro. É extremamente necessário salientar que a longa permanência em um tratamento indevido não é isoladamente o fator que pode levar à mudança de diagnóstico do dependente (outros aspectos também tem suas responsabilidades), porém não deve deixar de ser citada como uma das possibilidades.

Um psicoterapeuta e um médico psiquiatra, respectivamente afirmam que, é o melhor tipo de internação, pois o sujeito já passou por todas as experiências e não funcionou, é favorável em muitos casos, principalmente se há suporte para alta.

E mais uma vez pode-se dizer que esta posição seria totalmente pertinente se não houvesse o conhecimento de que muitas vezes o dependente não chega nem a passar por outros tipos de tratamento e tem como primeira intervenção a internação compulsória, começando o processo pelo final, e dependendo de como o sujeito vivencia este período, não quererá se submeter à outras modalidades no futuro (se delas necessitar) por ter sido desmotivado anteriormente numa internação compulsória. Talvez esta discussão não teria tamanha proporção se não estivesse em pauta o fator da desintoxicação, que deve ser realizada brevemente, segundo estudos médicos e representa apenas o primeiro passo de um longo processo como indica o 9º princípio para um tratamento efetivo do NIDA.

Já na opinião da Terapeuta Ocupacional se tem que:

A internação compulsória por ordem judicial causa prejuízo aos pacientes por se tornar longa, e não permitir a atuação da equipe com autonomia.

Enquanto a psicóloga considera que:

É um recurso que deve ser utilizado como última opção, priorizando curto período para evitar que ocorra prejuízos para o paciente. A desintoxicação poderia também ser realizada nos hospitais gerais se os serviços da rede de saúde, de cultura e educação fossem adequados e articulados, e a população orientada. Muitas internações compulsórias poderiam ser evitadas. (Psicóloga, 28 anos).

De acordo com as afirmações, é necessário saber que existe na legislação, uma lei que obriga os hospitais gerais, em reservarem leitos para que sejam direcionados à dependentes de substâncias psicoativas, além do cuidado da devida complexidade, pois, parece que sempre é uma medida primeira, ao invés de última, como requer seu devido uso.

Decorrente dos prejuízos causados nos dependentes, profissionais relatam também algumas dificuldades como:

É uma clientela que não adere as regras, além de apresentar dificuldade de organização cotidiana, e a falta de tolerância na realização de atividades mais complexas. (Terapeuta Ocupacional, 25 anos).

A aceitação de que ele apresenta uma doença incurável e de que necessita de tratamento constante. Na grande maioria dos casos a família é desestruturada, não tendo o dependente o respaldo necessário para o enfrentamento da doença. (Advogada, 27 anos).

A falta de recursos extra hospitalares nos municípios para a continuidade do tratamento após a alta, assim como a falta de articulação na rede de serviços de saúde e outras redes sociais. A longa permanência no setor devido à ordem judicial que implica na dependência da autorização do juiz para a alta hospitalar. (Psicóloga, 28 anos).

Em longas internações o paciente pode deixar de ficar motivado. (Médico Psiquiatra, 28 anos).

A dificuldade em realizar tarefas mais complexas, deduz algo a médio ou longo prazo e esta condição é extremamente cruel sob a ótica do dependente que em geral, é imediatista e se irrita facilmente quando percebe que alguma coisa não ocorrerá nesta condição, o que deixa muito claro um comportamento compulsivo que, mesmo na ausência da droga é percebido perante algumas atitudes.

Pode-se ousar a salientar novamente a complexidade da doença, por ser incurável e este fator facilmente desmotivar o dependente ao saber que deverá ser acompanhado permanentemente, além de embutir a idéia de que o dependente não pode ser considerado recuperado em momento algum, mesmo estando abstinente, por isso costuma-se ouvir muito —Estou em recuperação|| ou —Estou limpo||. Nesta mesma linha de raciocínio pode-se dizer que a condição da frase —Só por hoje|| (adotada inicialmente em grupos de auto ajuda e rapidamente ramificada para todos os tipos de tratamento como princípio básico para manutenção da abstinência) é adotada pelo dependente e representa seu escudo, pois costumam repeti-la para si mesmo todos os dias (para não esquecer do risco cotidiano que estão sujeitos). Se —Só por hoje|| não funcionar, devido ao perigo que os ronda e as vezes costuma bater na porta antes que o dia termine, o —Só por agora|| funciona e permite que a frase seja renovada a cada amanhecer.

Em alguns casos pode-se observar como cita o Psicoterapeuta (55 anos) que a dificuldade sentida é —A sabotagem por parte dos familiares||, o que demonstra o interesse da família em apenas não ter mais problemas com o dependente, não necessariamente, o

compromisso da constante recuperação do mesmo como sendo também de sua responsabilidade. Sem conseguirem enxergar que um implica no outro os familiares muitas vezes não compreendem que se o dependente não conseguir a abstinência, os problemas continuarão a crescer e afetar a todos.

Sem o apoio da família, o que parece ser difícil, torna-se quase impossível pelo que esta representa (independente de como seja) para qualquer pessoa, e principalmente ao dependente que, no momento da internação expressa de diversas maneiras as necessidades que sente de ter alguém em quem confiar, alguém que o motive e que procure fazer deste processo doloroso, o mais ameno possível.

Entretanto, sobre a participação da família no período de internação, vê-se que:

PARTICIPAÇÃO DOS FAMILIARES DURANTE O TRATAMENTO	Nº. DE SUJEITOS
Parcial	06
Não há	01
Total de sujeitos	07

Quadro 33: Participação dos familiares em reuniões e visitas

Vale ressaltar que a complexidade desse aspecto é grande, pois se a falta da cultura de participação perpassa por todas as áreas, nessa realidade ela se torna muito mais presente, sendo que seis (06) profissionais pontuam uma participação parcial tanto nas visitas como em reuniões de família (o que proporciona um momento de proximidade de ambas as partes, família X dependente), o visível desinteresse das famílias como sujeitos dessa história, denota a idéia que o tão esperado —final feliz— fica um pouco mais longe de acontecer.

Saber como os profissionais vêem as Políticas Públicas, destaca-se que:

Os serviços são insuficientes, o funcionamento é precário, e faltam profissionais especializados para o tratamento. (Terapeuta Ocupacional).

Há muito pouco serviço especializado e isto dificulta o acesso às Políticas Públicas voltadas para dependentes de substâncias psicoativas, deixando esses dois serviços falhos. (Assistente Social).

Encontram-se precários no momento, falta capacitação para os funcionários, informação, recursos humanos, recursos físicos e articulação entre os serviços. (Psicóloga).

Como toda doença, na minha opinião os serviços públicos deveriam se preocupar com a prevenção, com políticas que inibam o uso de drogas. (Técnico em Enfermagem).

As políticas públicas deixam de preponderar como canal de acesso à efetivação de direitos sociais e passa a ser vista como dificultadora de manutenção deste processo totalmente fragmentado. Naturalmente complexa, esta doença requer uma rede de serviços articulados, interligados e integrados, porém, não é o que se percebe na gestão atual. O quadro 34 apresenta a falta de profissionais especializados, o que indiscutivelmente, faz toda a diferença no contexto geral:

JÁ REALIZOU CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO	Nº. DE SUJEITOS
Sim	03
Não	04
Total de sujeitos	07

Quadro 34: Realização de curso de especialização

Observa-se que além de poucos profissionais engajados nesta área, parte deles estão despreparados para tal, há que haver mais investimentos na saúde, em especial na área de psiquiatria, que contempla intervenções com dependentes de substâncias psicoativas, para que sejam destinados recursos necessários para a atenção e prevenção às drogas.

E para finalizar, as sugestões a saber que esses profissionais tem para que o processo de desintoxicação seja efetivo, relatam:

No meu ponto de vista, o primeiro ponto essencial é a aceitação por parte do paciente, só assim teria sucesso no processo de desintoxicação. (Técnico em enfermagem, 34 anos).

Que o dependente dê continuidade no tratamento em serviços territoriais, como o acompanhamento no CAPS ad; ambulatório de saúde mental; comunidades terapêuticas; clínicas, ou em psicoterapias sempre junto com um médico psiquiatra. (Assistente Social, 25 anos).

Alta hospitalar por avaliação da própria equipe, para que o paciente não permaneça internado além do tempo necessário, e serviços extra hospitalares suficientes para que o paciente possa realizar a continuidade do tratamento. (Terapeuta Ocupacional).

Maiores investimentos nas modalidades de tratamentos e qualificação profissional dos que trabalham nessa área. (Advogada).

Esta aceitação por parte do dependente continua sendo o maior desafio quando se discute sobre internação compulsória, a considerar também outros aspectos fundamentais que deveriam ocorrer após a alta hospitalar, como a continuidade do tratamento que é orientada por estes profissionais. Esta conduta quando executada corretamente, impede certas frustrações e auxilia na não reincidência dos dependentes, que ficam portanto, livres de temer a recaída e o processo tão temido de tratamento, tornar-se menos complexo do que aparentava ser.

6 CONCLUSÃO

O objeto dessa pesquisa é a internação compulsória por Ordem Judicial, cujo problema levantado é se essa internação favorece o tratamento ou leva a precarização da motivação para adesão ao mesmo.

A hipótese sugerida é que a internação compulsória por ordem judicial não é a melhor maneira de se enfrentar a dependência de substâncias psicoativas no processo de desintoxicação, pois leva a desmotivação do usuário na adesão ao tratamento. A motivação é precarizada devido aos conflitos individuais, familiares e sociais do dependente, pois, o processo de recuperação de toda e qualquer doença crônica, exige lealdade no acompanhamento, além de mudanças de hábitos para melhorar a qualidade de vida. Ainda, neste contexto percebe-se a falta de políticas públicas e, conseqüentemente, investimentos nos serviços de atenção e prevenção ao uso indevido de drogas.

A conotação de obrigatoriedade que esta modalidade de internação exprime é antagônica ao aspecto fundamental que a maioria das Instituições sugerem, a

voluntariedade, pois, além da resistência apresentada pelos dependentes neste processo, fere os princípios democráticos previstos na Constituição Federal de 1988 do Brasil.

O objetivo geral que norteou este estudo é: evidenciar os impactos da internação compulsória no dependente de substâncias psicoativas apontando para traçar o perfil do paciente; Evidenciar as opiniões e crenças expressas pelo dependente a respeito da internação compulsória por Ordem Judicial; Revelar as razões que levam os familiares para recorrerem à internação compulsória por Ordem Judicial; Identificar a incidência na continuidade do tratamento após alta hospitalar.

A análise dos dados categorizadas em três eixos: Perfil do dependentes de substâncias psicoativas; Dependente X internação compulsória por Ordem Judicial; Profissionais X internação compulsória por Ordem Judicial, primeiramente revelam que, em relação ao perfil dos dependentes internados compulsoriamente por Ordem Judicial, na Associação Hospitalar Thereza Perlatti, são na sua totalidade do gênero masculino (devido a especificidade do setor), com idade entre dezesseis (16) e trinta e cinco (35) anos, cujo grau de escolaridade é o ensino fundamental incompleto, o que reflete diretamente na não profissionalização ou na inserção ao mercado informal de trabalho, em decorrência do desemprego, assim, não possuem registro em carteira.

Esses indivíduos são egressos do sistema penitenciário, porém relatam a privação de liberdade, como fator isolado da dependência de substâncias psicoativas.

Possuem uma religião e são solteiros, o que ratifica a idéia de que devido à dependência, não conseguem ter relações estáveis.

Residem no interior do estado de São Paulo, com seus familiares e tem apenas um filho de relacionamentos anteriores, porém desfeitos, ficando o filho sempre com a mãe biológica, pelo descrédito na responsabilidade paterna, neste caso, de participar na criação e desenvolvimento da criança.

A curiosidade e a influência de terceiros são apresentadas nesta sequência, como fatores que interferiram no uso de drogas, especificamente, a maconha como primeira droga de uso (porta de entrada) no período da adolescência (dos 11 aos 15 anos) até que se chegasse no uso ou na dependência do crack, que é a droga de eleição momentos antes da internação.

Como se percebe as drogas estão entrando muito cedo na vida dos adolescentes, o que justifica o desespero dos pais em recorrerem à internação compulsória.

Os dependentes alegam ter tido uma infância boa, longe das drogas, permeada de brincadeiras e de vontades satisfeitas pelos pais, os quais lhes deixaram de herança a predisposição, ou seja, filhos de pais dependentes de substâncias psicoativas que tem maior vulnerabilidade genética às drogas, logo, apresentam mais facilidade em serem dependentes de drogas (em relação aos filhos de pais não dependentes).

Os sujeitos encontram-se internados dentro do prazo sugerido pelo hospital (de 12 a 15 dias), e já realizaram uma média de cinco (05) tratamentos anteriores, em clínicas ou mesmo nesta Instituição (o que deduz várias recaídas).

Após o término destes tratamentos a abstinência não é mantida, o que não responsabiliza as Instituições, pois, apesar de reconhecerem que é extremamente necessário, não dão continuidade ao tratamento, devido a involuntariedade ou por não estarem preparados para tal. A involuntariedade acarreta o insucesso desses tratamentos, faz com que as famílias dos dependentes procurem esta modalidade de internação, através da área jurídica e, apesar de não concordarem, depois de internados, os dependentes por encontrarem-se cerceados passam a refletir e admitem que este momento apesar de conturbado lhes é positivo, evitando que coisas piores provavelmente acontecessem se estivessem fora do hospital, como o uso de drogas.

Geralmente, o objetivo do hospital é confundido em relação a este setor, os dependentes acabam achando que quinze (15) dias é insuficiente para a recuperação e esquecem que estão internados somente para a desintoxicação. Isso deixa explícito a desinformação ou a informação inadequada que se tem sobre a doença, sobre o caráter obrigatório da internação compulsória por Ordem Judicial e, também, sobre o funcionamento do hospital, apesar de admitirem que a internação realmente era necessária. Com relação à internação pontuam inúmeros prejuízos sentidos devido a obrigatoriedade como: revolta, sensação de estar preso, desejo ou tentativa de suicídio e traição por parte da família, por não comunicá-los sobre o tipo de tratamento que seriam submetidos.

Apesar de todos esses sentimentos negativos, os dependentes demonstram arrependimentos que os angustiam constantemente, esse arrependimento vem direta ou indiretamente, expor situações relacionadas ao uso de drogas, pois além de conflitos

familiares a ansiedade é um obstáculo a ser trabalhado e alcançado, pois enfrentam preconceitos da sociedade, que não compreende a dependência de drogas como doença, pela falta de conhecimento. Ainda, sugerem para um tratamento efetivo mais atividades (principalmente físicas), reuniões e voluntariedade, que é um aspecto positivo e facilita todo o processo.

Quanto aos profissionais (07) sendo um representante de cada categoria, muito embora, todos estejam diretamente engajados ao processo de internação compulsória por Ordem Judicial (com exceção do psicoterapeuta). Observa-se ainda que a idade média entre eles é de vinte e cinco (25) a trinta e cinco (35) anos, cujo tempo de formação é de dois (02) a oito (08) anos, os quais não concordam com a internação compulsória por Ordem Judicial, por ter um período longo de duração e acarretar muitos prejuízos ao dependente, contando com um certo afastamento da família neste período.

Sabe-se que para eficácia de um tratamento há que se ter uma rede de serviços para dar suporte nas necessidades do paciente e de sua família, e esta, na visão dos profissionais, encontra-se fragmentada, desarticulada e não conta com recursos extra hospitalares para o respaldo na continuidade do tratamento, o que explicita que as políticas públicas sobre drogas são insuficientes e não especializadas.

Esses profissionais perdem a autonomia em suas intervenções devido às limitações impostas pela Ordem Judicial, entendendo que este processo deveria ser utilizado, porém, como último recurso.

No entanto, acreditam que para se ter um processo de desintoxicação mais efetivo, demandaria maiores investimentos na área, maior aceitação da doença (e do tratamento) por parte dos dependentes, que a continuidade em serviços extra hospitalares, após a alta, deveria ser de responsabilidade da equipe interdisciplinar, por estarem diretamente contextualizados com a problemática.

Conclui-se portanto que, a hipótese levantada foi parcialmente comprovada, pois a internação compulsória por Ordem Judicial é necessária em alguns momentos para certos indivíduos, que vivem num mundo paralelo onde a única prioridade é a droga, deixam de ser cidadãos politizados e tornam-se incapazes de tomar decisões que possam melhorar a sua qualidade de vida, interferindo nas relações familiares, as quais ficam extremamente

fragilizadas e até a própria sociedade, a qual, indiretamente, também sofre as conseqüências desta doença, no mínimo muito complexa.

Assim, quando a internação é compulsória por Ordem Judicial ocorre (devido a involuntariedade do dependente que não compreende a necessidade do tratamento por não aceitar sua doença), sem que haja prévia comunicação com o dependente e esclarecimentos que se trata de um processo de desintoxicação, devendo ser explorada de maneira positiva, para que a continuidade ao tratamento seja aceita e concretizada, acabam sendo acometidos pela desmotivação, o que faz com que, além de possíveis traumas decorrentes da internação e, da reincidência a tratamentos, o dependente não dá essa continuidade, perdendo assim, toda a intervenção realizada no hospital pela equipe interdisciplinar e trazendo grandes decepções para o próprio paciente e sua família.

6.1 Sugestões

Sugere-se que a Associação Hospitalar Thereza Perlatti:

- Promova capacitação profissional da equipe interdisciplinar para realizar um trabalho preventivo junto à comunidade, com dimensão universal (não somente com os grupos de risco e pessoas já dependentes de substâncias psicoativas);
- Elabore atividades de lazer voltadas para aproximação das famílias dos dependentes que encontram-se internados, pois, além de serem peças fundamentais deste contexto, devem estar preparadas para receber novamente o dependente (agora já em recuperação) e facilitar sua reintegração social, sempre visando a manutenção de sua abstinência. Contudo, as famílias tornam-se sujeitos coletivos, agentes multiplicadores do saber adquirido;
- Realize um projeto com o objetivo de avaliar individualmente os dependentes em condições de receber alta, através de uma visita hospitalar realizada pela equipe psicossocial do Fórum responsável, com o apoio da equipe interdisciplinar do hospital, para que o juiz tome ciência dos casos, já que este não pode acompanhar diretamente as internações compulsórias por ordem judicial.

REFERÊNCIAS

BARRETO, M. **O Desafio das Drogas e o Direito**. Rio de Janeiro: Editora Renes, 1971.

BERNIK, M. A. **Planificação do Tratamento de Alcoolistas**. In: Fontes, J. R. A. ; **Cardo, W. N. (eds): Alcoolismo: Diagnóstico e Tratamento**. São Paulo, Sarvier, 1991.

BÍBLIA, O. F. N. Gênesis. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução: Portuguesa. 2. ed. São Paulo: Ave Maria, 2007. Cap. 9, vers. 24-25.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas**. Brasília, 2004.

BRASIL. Resolução – RCD nº 101, de 30 de maio de 2001. **Legislação**. Brasil: Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm> Acesso em: 27 outubro 2010.

BRASIL. **Vade Mecum**. Legislação Complementar. 9. ed. Brasil: Saraiva, 2010. p. 1737.

BRAVO, M. I. S.; OLIVEIRA, C. J. **Saúde e Serviço Social: O enfrentamento da dependência de álcool e outras drogas pelo Estado Brasileiro**. Editora Cortez. Rio de Janeiro , 2004.

CAVALCANTI, L. **A necessidade de reinventar a prevenção**. Entrevista para a Revista —Peddro|| — Publicação da UNESCO, Comissão Européia e Onusida, dez, 2001.

CERVO, A.L. **Metodologia Científica**. 5. ed. São Paulo: Editora Pearson Prentice Hall, 2002.

Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10. São Paulo: Editora Artmed, 1992.

CURY, A. **Superando o Cárcere da emoção**. 21. ed. São Paulo: Academia de inteligência, 2002. 211 p.

DE LEON, G. **A Comunidade Terapêutica: Teoria, Modelo e Método**. Trad. Sobral, A; Bertalotti, C; Gonçalves, M.S. – Ed. Loyola, 2003.

DICLEMENTE, C. The process of intentional change of human behavior. In: **Addiction and Change: How Addictions Develop and Addicted People Recover**, New York: Guilford Press, p. 22-43, 2003.

FREITAS, L. A. P. **Adolescência, família e drogas**. A função paterna e a questão dos limites. Rio de Janeiro: Mauad, 2002. 103 p.

HALIKAS, J. Abuso de substâncias em crianças e adolescentes. In: GARFINKEL, B. D. **Transtornos Psiquiátricos na infância e adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p. 185.

JOCENIR. **Diário de um detento: O livro**. 2. ed. São Paulo: Labortexto editorial, 2001. 181 p.

KALINA, E. **Drogadição Hoje**. Porto Alegre: Editora Artmed, 1999.

KERR-CORREA, F. ; SIMAO, M. O. ; MARTINS, R. A. **Prevenção ao uso de álcool por estudantes universitários**. In: Carmen Có Freitas; Lauraci Dondé da Silva. (Org.). Drogas nas universidades brasileiras, UNESP, 2003. Disponível em: <www.viverbem.fmb.unesp.br> Acesso em: 05 setembro 2010.

KOPP, P. **A Economia da Droga**. Editora da Universidade do Sagrado Coração, 1997.

LABORTERAPIA. São Roque, 2009. Disponível em: <<http://www.gabata.com.br/laborterapia.html>>. Acesso em: 10 maio 2010.

LARANJEIRA, R. Visão de especialista. **Anônimos**. São Paulo: Libélula, ano 2, n.07, p. 18-21. abr. 2009.

LEGISLAÇÕES. Portaria GM 336. Brasil, 2002. Disponível em <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/8122-336.html>> Acesso em: 26 agosto 2010.

LENDA da Iara. Brasil, 2007. Disponível em: <http://www.suapesquisa.com/folclorebrasileiro/lenda_iara.htm>. Acesso em: 25 março 2010.

LENHARO, M. C. P. **Tipologias de família**. Bauru: Faculdade de Serviço Social de Bauru, 2010. (Não publicado. Apostila utilizada no Módulo de Família na Instituição Toledo de Ensino).

MACONHA. Brasil. Disponível em: <http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/quest_drogas/maconha.htm#11> Acesso em: 08 setembro 2010.

MANICÔMIOS e Tratamento de Dependentes Químicos. Brasil, 2007. disponível em:
<http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11421&rastr=TRATAMENTO%2FModelos/Grupo+Mutua+Ajudas>. Acesso em: 17 abril 2010.

MARCADORES Genéticos da Dependência Química. Brasil. Disponível em:
<<http://www.antidrogas.com.br/mostraartigo.php?c=189>> Acesso em: 12 setembro 2010.

MARQUES, A. C. P. R.; RIBEIRO, M. **Guia Prático sobre Uso, Abuso e Dependência de Substâncias Psicotrópicas para Educadores e Profissionais de Saúde**. Prefeitura da Cidade de São Paulo, Secretaria Municipal de Participação e Parceria, COMUDA e ABEAD, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23.ed. Petrópolis: Vozes, p. 21. 2004.

MIRANDA, M. L. Tratamento. **Anônimos**. São Paulo: Libélula, ano 2, n.07, p. 2829. abr. 2009.

MORAIS, M. G. Aonde foi que eu errei. **Anônimos**. São Paulo: Libélula, ano 2, n. 07, p. 27. abr. 2009.

NOSSO Propósito. Rio de Janeiro: **Nar-anon Grupos familiares**. Disponível em:
<http://www.naranon.org.br/canal.asp?cod_idioma=1&cod_conteudo=6&cod=7&cod_canal=7>. Acesso em: 20 abril 2010.

OLIVEIRA, L.C. **Por que voltei às drogas?** Bauru: Editora Cadernos de Divulgação Cultural, 1997.

PALOMO, V. **A dependência química é de uma minoria**. São Paulo. Disponível em:

<<http://diplomatie.uol.com.br/artigo.php?id=542&PHPSESSID=2992afb2cd65c8594faad2ff286459fc>>. Acesso em: 27 abril 2010.

PECHANSKI, F. CRUZ, M. S., DE MICHELI, D.; FERREIRA, S. M. B.; FORMIGONI, M. L. S. **Encaminhamento, intervenção breve, reinserção social e acompanhamento**. Brasília: Curso SUPERA – SENAD, 2006.

PEIXOTO, C. E.; SINGLY, F.; CICHELLI, V. **Família e Individualização**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2000.

PICCHI, M. **Vencer a Droga: experiência, prevenção e envolvimento**. São Paulo: Paulinas, 1996.

PRESIDÊNCIA da República. Brasil, 2001. Disponível em:
<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm>. Acesso em: 14 maio 2010.

PRESIDÊNCIA da República. Brasil. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em: 17 setembro 2010.

QUEM é o adicto? Brasil, 2009. Disponível em:
<<http://www.youtube.com/watch?v=8hTDXevM34k&feature=related>>. Acesso em: 25 abril 2010.

REA, L. M.; PARKER, R. A. **Metodologia de Pesquisa**. Do Planejamento à Execução. São Paulo: Editora Pioneira, 2002.

SARACENO, C. **Sociologia da família**. Lisboa: Estampa, 1997.

SCHMIDT, I. **A ilusão das drogas**. Um estudo sobre a maconha, LSD e anfetaminas. 6. ed. São Paulo: Casa Publicadora Brasileira, 1979.

Secretaria Nacional Anti Drogas. **Levantamento Nacional sobre o Uso de Drogas entre Crianças e Adolescentes em Situação de Rua nas 27 Capitais Brasileiras**. São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 2003.

SILVA, B. – Língua de Tamanduá. In SILVA, Bezerra. **Alô Malandragem, Maloca o Flagrante**. Brasil: RCA Vik, 1986. disco (CD) (3:12 min.) som. Faixa 08.

SILVA, B. – Produto do Morro. In SILVA, Bezerra. **Nunca vi ninguém dar dois em nada**. Brasil: RCA Vik, 1983. disco (CD) (2:47 min.) som. Faixa 05.

SILVA, M. S. **Se liga!** O livro das drogas. 3 ed. Rio de Janeiro: Record, 1998. 250 p.

SILVEIRA, D. X.; SILVEIRA, E. D. X. **Um guia para a família**. 3. ed. Brasília: GAZ, 2000. 28 p.

SILVEIRA, D. X. M.; GONÇALVES F. **Panorama Atual de Drogas e Dependências**. São Paulo: Atheneu, 2006.

SILVEIRA FILHO, D. X.; GORGULHO, M. **Dependência, Compreensão e Assistência às toxicomanias**: Uma experiência do Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD). São Paulo: Editora Casa do Psicólogo, 1996.

TIBA, I. **Anjos Caídos**. Como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente. 14. ed. São Paulo: Gente, 2003. 298 p.

TOSCANO JR, A.;SEIBEL S. D. **Dependência de Drogas**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000.

TRATAMENTO da Dependência Química. Os 13 princípios do NIDA. Brasil. Disponível em: <http://www.uniad.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=140&Itemid=134> Acesso em: 03 setembro 2010.

UCHÔA, M. A. **Crack O Caminho das Pedra**. São Paulo: Editora Ática, 1998.

UM programa espiritual. Rio de Janeiro: Nar-anon Grupos familiares. Disponível em: <http://www.naranon.org.br/canal.asp?cod_idioma=1&cod_conteudo=6&cod=7&cod_canal=7>. Acesso em: 20 abril 2010.

VIANA, M. **Quem é o codependente**. Brasil. Disponível em: <http://www.adroga.casadia.org/codependencia/co_dependencia.htm> Acesso em: 15 setembro 2010.

ZAGO, J. A. **Drogas**. Condições psicossociais da dependência. São Paulo: Ícone, 1988. 100 p.

ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo**. 11. ed. Rio de Janeiro: Record, 2000. 277 p.