

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SÓCIO ECONÔMICO
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA
ADOLESCÊNCIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS EM UMA
INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

MERIELI DE FÁTIMA STAHELIN

DEFINIDO EM
FPOLIS 30/04/02


Prof.^a Krystyna Matys Costa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS - 2002

MERIELI DE FÁTIMA STAHELIN

**CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA
ADOLESCÊNCIA A PARTIR DAS VIVÊNCIAS EM UMA
INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA**

BACHAREL EM SERVIÇO SOCIAL

**Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado ao Departamento de Serviço
Social da Universidade Federal de Santa
Catarina, como requisito para a obtenção do
título de Assistente Social.**

Orientadora: Profª Krystyna Matys Costa

Florianópolis/ Abril/ 2002

BANCA EXAMINADORA

Presidente da banca

Professora - Krystyna Matys Costa

1ª examinadora

Professora - Regina Célia Tamaso Miotto

2ª examinadora

Assistente Social - Salete Coelho da Silva

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sempre estar comigo.

A minha família que com toda paciência e carinho suportou os momentos difíceis, me garantindo um porto seguro. Em especial ao meu noivo, Elcio Omar Deucher, companheiro inseparável diante de toda e qualquer situação.

Aos professores e demais profissionais da Universidade Federal de Santa Catarina, cujo trabalho propiciou meu desenvolvimento intelectual e crescimento profissional. Em especial às professoras Regina Célia Tamaso Miotto e Krystyna Matys Costa pela orientação deste trabalho.

Aos profissionais do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina que prontamente me auxiliaram no período do estágio. Em especial à supervisora de campo, Salete Coelho da Silva, que orientou meus passos na instituição.

Aos colegas de turma que sempre estenderam as mãos nos momentos de fraqueza e deslize.

Aos amigos do meu local de trabalho, que sempre incentivaram a continuar a caminhada.

Enfim, agradeço a todos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para chegada a este momento.

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar (à criança e ao adolescente), **com absoluta prioridade**, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária”.

(Artigo 4º do ECA – grifo nosso)

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS.....	7
INTRODUÇÃO.....	8
1 SITUANDO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA SAÚDE MENTAL.....	10
1.1 ASPECTOS RELEVANTES DO HISTÓRICO PROCESSO DE RECONHECIMENTO E ATENDIMENTO ÀS DOENÇAS MENTAIS.....	11
1.2 OS PARADIGMAS DA DOENÇA MENTAL A PARTIR DE VISÕES SOCIAIS PUBLICADAS NA ÚLTIMA DÉCADA.....	13
1.3 RESGATE HISTÓRICO-POLÍTICO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL.....	15
1.3.1 A psiquiatria em Santa Catarina.....	28
1.3.1.1 O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ).....	30
2 RECONHECIMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA COMO DOENÇA.....	34
2.1 DETERMINANTES AO CONSUMO DE DROGAS.....	36
2.2 A INSTALAÇÃO DA DEPENDÊNCIA.....	41
2.3 TRATAMENTO.....	45
2.3.1 A Unidade de Dependência Química.....	47
3 O ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE DEPENDENTE QUÍMICO.....	51

3.1 REVISÃO DAS PARTICULARIDADES BIOLÓGICAS E SOCIAIS DA ADOLESCÊNCIA.....	52
3.2 INTERNAÇÕES DOS ADOLESCENTES NA UDQ.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	69
FONTES BIBLIOGRÁFICAS.....	71
ANEXOS.....	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Panorama de internações de adolescentes na UDQ em 2000.....	56
TABELA 2 – Idade com que iniciou o uso X Drogas já utilizadas.....	59
TABELA 3 – Escolaridade.....	60
TABELA 4 – Atos infracionais/ Com quem reside.....	61
TABELA 5 – Registros que caracterizam motivo da internação.....	64
TABELA 6 – Tratamentos realizados.....	67

INTRODUÇÃO

Este trabalho foi desenvolvido, visando atender as exigências para conclusão do Curso de Serviço Social, da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), e obtenção do título de Assistente Social.

A escolha do tema se deu a partir do estágio curricular obrigatório, na Unidade de Dependência Química (UDQ) do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ). Percebi a necessidade de abordar essa temática após a verificação de internações de adolescentes na Unidade de Dependência Química, bem como nas demais Unidades Psiquiátricas, mediante autorização ou determinação judicial, sendo que a própria Instituição entende a inviabilidade de tal ação, pela carência de programas que absorvam essa demanda.

A princípio, seriam abordados, mediante os registros dos respectivos prontuários, os casos de internação dos adolescentes em todas as Unidades do IPQ no ano de 2000, realizando, dessa forma, uma leitura das políticas de saúde mental voltada ao atendimento dos mesmos. No entanto, este estudo foi limitado à Unidade de Dependência Química. Considerou-se que a falta de vivência nas demais Unidades dificultaria a compreensão dos registros dos prontuários, documento utilizado como primeiro instrumento de pesquisa para elaboração do presente trabalho.

Assim, no primeiro capítulo, foi realizado um resgate histórico da teoria sobre saúde mental e das ideologias políticas acerca da mesma, já que, oficialmente considera-se a dependência química, abordada no segundo e terceiro capítulo, como uma doença associada à psiquiatria devido às alterações que ocorrem no sistema nervoso central pelo uso de substâncias psicoativas. Diante disso, foi apresentada a Instituição, onde este trabalho foi iniciado, bem como os campos multiprofissionais da mesma, dentre os quais o Serviço Social.

Ainda referente ao primeiro capítulo, é necessário esclarecer que foi desenvolvido com base em autores que abordaram a Saúde Mental considerando os reflexos dos aspectos sociais

no processo saúde/doença. Porém, a pretensão não é a de abolir outras vertentes, como a biológica, mas sim, socializar essa abordagem, compreendendo que o campo de Saúde Mental é muito vasto e que, hoje, se admite como desencadeadores de muitas doenças os aspectos bio-psico-sócio-culturais do contexto em que vivemos. Além desses autores, foram utilizadas monografias de colegas que também realizaram seus trabalhos de conclusão de curso na área da Saúde Mental e materiais (livros e orientações técnicas, projeto terapêutico) voltados à instituição psiquiátrica.

No segundo capítulo, foi abordada a dependência química, enquanto doença, trabalhando-se os aspectos que influenciam ao uso das drogas, a instalação da doença, o tratamento, e, dentro deste, apresenta-se a UDQ e o Programa Sócio-Terapêutico oferecido pela mesma, bem como alguns dos trabalhos realizados pelo Serviço Social. Para o desenvolvimento deste capítulo, além do material disponibilizado pela instituição, que aborda especificamente este assunto, foram utilizados os Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC's), desenvolvidos pelo Serviço Social nesta área, e trabalhos de pós-graduação desenvolvidos pela Enfermagem.

O terceiro e último capítulo trata, especificamente, do atendimento aos adolescentes inseridos nesses processos. Foram trabalhados os aspectos específicos dessa fase inerente ao ser humano, os reflexos das diferentes compreensões e abordagens direcionadas aos mesmos e, por fim, a apresentação e discussão do levantamento realizado através dos prontuários da UDQ no ano de 2000.

A título ilustrativo, no que se refere aos índices apresentados em todos os capítulos, foram utilizadas informações contidas em diferentes edições do Almanaque Abril.

1 SITUANDO A DEPENDÊNCIA QUÍMICA NA SAÚDE MENTAL

Oficialmente, os critérios diagnósticos das doenças, bem como Lesões e Causas de Óbitos são realizados com base na décima revisão da Classificação Internacional das Doenças (CID-10), elaborada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Neste, a doença mental está representada pelo CID F, que engloba os transtornos mentais e comportamentais, ou seja, as doenças psiquiátricas, dentre as quais a dependência química.

A classificação de transtornos mentais e de comportamento do CID-10 traz o conceito da dependência química como sendo

um conjunto de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos nos quais o uso de uma substância, ou de uma classe de substâncias, torna-se prioritário para o indivíduo, em substituição a outros comportamentos que antes eram prioritários. A característica nuclear desta síndrome é o desejo (frequentemente forte, algumas vezes irresistível) para usar drogas (que podem ou não terem sido prescritas), álcool ou tabaco (ANDRADE, CASTEL, HOCHGRAF, 1995, p.122).

De acordo com as Normas e procedimento na abordagem do abuso de drogas (1991, p.7-9), distribuídas pelo Ministério da Saúde, “quando uma pessoa não consegue alcançar seu bem-estar ou executar suas tarefas cotidianas sem o auxílio de alguma substância psicoativa, tal fato caracteriza uma drogadição, toxicomania ou farmacodependência, que deve ser tratada como doença”. São entendidas como drogas psicoativas ou psicotrópicas as “substâncias naturais ou sintetizadas que ao serem ingeridas, produzem alterações no sistema nervoso central do indivíduo e, conseqüentemente, em seu estado emocional e comportamental”. Por todas estas considerações teóricas, a dependência química está inserida no contexto psiquiátrico.

É necessário lembrar, ainda, que a etimologia da palavra psiquiatria é medicina (iatros) da mente (psique). A obra *Psiquiatria Básica* traz a compreensão de que esse campo da *medicina nutre-se das pesquisas e descobertas das Ciências Biológicas, de um modo geral, e das Neurociências em particular*. No entanto, atualmente, considera-se que a compreensão dos fenômenos mentais também exige o embasamento teórico das Ciências Humanas e Sociais. Segundo Louzã Neto (1995, p.7), “a prática clínica da Psiquiatria demonstra que somente com a síntese de ambos os domínios do conhecimento é possível o atendimento integrado do paciente psiquiátrico”.

Mas essa visão, bem como toda a atual estrutura, é resultado de uma história de transformação social e científica, que teve os principais marcos somente a partir da Idade Contemporânea.

1.1 ASPECTOS RELEVANTES DO HISTÓRICO PROCESSO DE RECONHECIMENTO E ATENDIMENTO ÀS DOENÇAS MENTAIS

Após uma breve revisão bibliográfica é possível perceber que a identificação dos doentes mentais, historicamente, foi efetuada através de critérios mágico-religiosos e sócio-culturais, respectivamente, deixando marcas de segregação que se proliferam, ainda que em escala menor, até os dias atuais.

Como exemplo de ação oficial, há séculos atrás, podemos citar a lei de 1656, ordenada pelo rei Luís XIV, que objetivava a exclusão de leprosos, a caça às bruxas e aos feitiçeiros e a encarceração de pessoas com comportamento socialmente perturbado. Diante disso, os libertinos, charlatães, errantes, indigentes, mendigos, ociosos, ladrões, leprosos, lunáticos, dementes, alienados e insanos de todas as espécies eram eliminados publicamente ou levados à reclusão em toda a Idade Média.

No século VXII, foram fundados os primeiros locais destinados aos cuidados dos doentes mentais, sendo que essa movimentação de criação de hospitais e casas de saúde específicas foi reconhecida como *Primeira Revolução Psiquiátrica*. Como consequência desse processo, o doente mental passou a ser reconhecido como objeto da psiquiatria.

Também nesta época, o Iluminismo francês pregava os ideais de defesa dos direitos humanos (Igualdade, Liberdade e Fraternidade). Por influência desses aspectos, de acordo com a obra *Psiquiatria Básica*, observa-se que, embora os hospitais tenham sido fundados em toda a Europa, foi a escola francesa de Pinel e Esquirol, que predominou no cenário

psiquiátrico até o início de século XX. Pinel instituiu regras de funcionamento hospitalar, enfatizando o cuidado aos doentes por princípios humanitários. Passou anos realizando observações nos hospitais e cuidando dos doentes, paralelamente ao trabalho de docência. Com isso, a identificação das doenças mentais obteve um grande aprimoramento. Esquirol, aluno e herdeiro disciplinar de Pinel, continuou o trabalho do mestre.

No final do século XIX, ocorreu a Segunda Revolução Psiquiátrica. Uma nova corrente de idéias baseadas no romantismo alemão, que enfatizava o aspecto irracional, o sentimento de contato com a natureza e os valores individuais foi suplantando, gradativamente, a escola empirista e racionalista da Psiquiatria Francesa. Nesse período, foi criado o termo psicose. Também se passou a aceitar as doenças somáticas (não necessariamente envolvendo o cérebro) associadas à loucura.

A partir de 1890, Sigmund Freud (1856-1939) começou a desenvolver a teoria do inconsciente. A psicanálise surgiu a partir dos questionamentos exigidos dos fatos observados na abordagem clínica. Em 1900, publicou o livro intitulado *A Interpretação dos Sonhos*, que representou uma ruptura importante no modo de entender a mente humana.

Desde o final do século XIX, a escola sociológica americana realizou pesquisas sobre a organização da personalidade no contexto social. Dentro dessa perspectiva, cresceram os estudos relacionados ao meio familiar e à teoria sistêmica na patologia. Foi criado o movimento da antipsiquiatria, sustentando a esquizofrenia como fenômeno social inteligível e não como resultante de uma disfunção fisiológica. “A originalidade desta concepção residia em questionar as estruturas hospitalares psiquiátricas, que, (...), reproduziam uma situação em que o paciente não podia se exprimir” (LOUZÃ NETO, MOTTA, WANG, 1995, p.20). Na Itália, Franco Basaglia questionava radicalmente essas instituições hospitalares psiquiátricas, culminando com a supressão das mesmas no país.

Chagas (2000, p.25) refere que “a psiquiatria enquanto instituição social, aparece após a Revolução Francesa. Antes disso, o problema da loucura constituía, fundamentalmente, um problema filosófico”. E observa que “a psiquiatria é um saber medicamente instituído a partir do momento em que a loucura vira objeto para o conhecimento humano e adquire, então, o estatuto de doença mental”. (SILVA FILHO apud CHAGAS, 2000, p.25).

Michel Foucault (1978)

interpretou a emergência da Psiquiatria não de ponto de vista da necessidade da defesa de liberdade individual, mas pela ótica de que a sociedade exercendo um papel alienante sobre o indivíduo usava a identificação do ser alienado para se

desembaraçar de todos os transviados que ofendessem a razão e a moral vigentes (LOUZÃ NETO, MOTTA, WANG, 1995, p.12).

A seguir, serão apresentados alguns aspectos sobre a doença mental a partir de considerações de autores da corrente de pensamento sociológica.

1.2 OS PARADIGMAS DA DOENÇA MENTAL A PARTIR DE VISÕES SOCIAIS PUBLICADAS NA ÚLTIMA DÉCADA

Segundo Brum, May, Puel (1997, p.65), “os teóricos da doença mental apresentam abordagens diferentes para sua explicação”, dentre as quais, citam a organicista (teoria pela qual a vida resulta da organização biológica – nesta, a doença mental seria uma doença do cérebro, de origem endógena); a psicanalítica (sistema de psicologia e método de tratamento de desordens mentais e nervosas, criado e desenvolvido pelo austríaco Sigmund Freud); e a sociológica (trata dos aspectos sociais e políticos, especialmente da origem e desenvolvimento das sociedades humanas).

No entanto, as autoras consideram, também, que “são cada vez mais numerosos os pesquisadores que consideram que a loucura não existe numa pessoa, mas num sistema de relações. Ela é resultado de certas estruturas sociais alienantes” (p.72).

Para Perusi (1995), as doenças mentais podem ser consideradas desvios às normas, às regras, ao sistema axiológico. Esse processo é uma das consequências da sociedade moderna, construída por grupos sociais específicos, relacionados à gestão de controle social. Todo indivíduo que se encontra fora das regras pré-estabelecidas pela sociedade é visto como alguém diferente, fora do normal, um desviante, criando-se a necessidade do afastamento e do isolamento com a finalidade de manter a ordem vigente. A relação do indivíduo com o social, quando marcada por excessivas atribuições, desamparo, medo, injustiça, desigualdade, enfim, a conduta humana frente a essas situações pode ser compreendida como doença.

Brum, May, Puel (1997, p.32) cogitam o conceito de anomalia atrelado ao de doença mental, referindo que “se o normal corresponde às expectativas sociais e estas são variáveis de acordo com cada sociedade, época e circunstâncias, os conceitos e noções acerca do adoecimento psíquico também o são”. Diante desta compreensão referem, ainda, que “o que é sadio, normal para uma comunidade pode não ser para outra, e qualquer conduta fora do padrão ou distúrbio mental basta para estigmatizar o que é diferente”. As autoras lembram também:

Com o estigma, vem a total exclusão e deterioração da imagem pública do doente mental. Sabe-se que, tanto na família como na sociedade em geral, a tendência é isolar o incomum, negar o desagradável, anular a presença do incômodo. Desse modo, o 'louco' é 'louco' demais para que se perca tempo dando-lhe atenção. Suas palavras desconexas, suas frases misturadas, seus sentimentos expressos de forma confusa, tornam-se tão impertinentes quanto um alarme disparado na madrugada. (BRUM, MAY, PUEL 1997, p.33)

No capítulo destinado a tratar sobre o mito da doença mental, Holmes (1997) assevera que, geralmente, as pessoas se referem a comportamento anormal como reflexo da suposta doença mental e que o conceito desta implica haver algo errado com o indivíduo, de modo que ele precisa ser tratado. Argumenta seu pensamento através de alguns mitos frente à doença mental:

- a) Comportamento anormal é simplesmente um comportamento diferente;
- b) O indivíduo pode ter uma crença incomum;
- c) É conseqüente de algo errado na sociedade.

O autor chama atenção, ainda, para os riscos que o rótulo de comportamento anormal poderia trazer:

- a) Encorajar implicitamente o comportamento anormal;
- b) Aliviar da responsabilidade pelo comportamento;
- c) *Se atribuirmos comportamento desviante à doença, podemos ignorar e não trabalhar sobre fatores sociais, como pobreza e estresse, de quem pode apresentar comportamento anormal.*

Holmes (1997) ainda questiona por que o conceito equivocado de doença mental é uma explicação tão popular para o comportamento. Quanto a isto, refere que os autores que apontam para o mito alegam que esse fato se dá porque é uma maneira conveniente de lidar com pessoas que nos perturbam. Colocá-los longe da nossa visão e, conseqüentemente, fora de nossos pensamentos se torna viável quando se tem por objetivo evitar a responsabilidade da difícil tarefa de mudar a sociedade.

Por outro lado, o mesmo autor acredita que esse ponto de vista (da doença mental) tem seus méritos. Refere que existem algumas formas sérias de comportamento que resultam de fatores ambientais. Utiliza, como exemplo, o transtorno psicótico breve envolvendo alucinações, delírios e uma ruptura dos processos de pensamento. Em muitos casos, o transtorno é considerado uma reação a um estresse avassalador e os sintomas se dissiparão quando o estresse for reduzido, independentemente de o indivíduo receber ou não tratamento.

Quanto a compreensão predominante sobre doença mental, após realização de pesquisas, Brum, May, Puel concluem que a mesma

é vista como a mais estigmatizante. É classificada pelas pessoas como mais indesejável que a doença física. Em geral, é considerada um estado grave, com poucas possibilidades de recuperação completa. O problema está localizado na mente da pessoa enferma e os outros tendem a considerar que, em vista disso, a parte mais essencial do ser humano torna-se questionável ou desacreditada. (1997, p.65)

Vejamos, agora, os reflexos destas correntes de pensamento e aspectos históricos (apresentados no item 1.1) na história psiquiátrica brasileira. Esta, como poderá ser observado a seguir, basicamente é marcada pelas diretrizes advindas da Europa e dos Estados Unidos (ainda que com certo retardo), mescla à construção política do país. Com isto, visa-se contribuir para a compreensão dos atuais direcionamentos dados à saúde mental e, dentro desta, à dependência química, que será abordada especificamente no capítulo 2.

1.3 RESGATE HISTÓRICO-POLÍTICO DA PSIQUIATRIA NO BRASIL

Este sub-ítem foi desenvolvido com base na obra de SANTOS (1994), mais especificamente, no capítulo que trata dos momentos e tendências vividos na história da psiquiatria brasileira, bem como o poder psiquiátrico que se acentuou dentro desse processo. As informações ou reflexões expostas por diferentes fontes estarão sendo citadas, conforme normas. Faz-se necessário ressaltar, também, que historicamente, a doença mental veio recebendo diferentes nomes, sendo estes apresentados entre aspas, para enfatizar a compreensão ou tratamento dado à mesma na respectiva época.

No período imperial, os escravos, representantes da maior parte da população, e dentre estes, grande número sem trabalho definido, iniciaram uma perturbação da ordem estabelecida. Logo, em nome da ordem pública e da segurança social (previstos em leis, decretos e resoluções), tivemos o que Foucault denominou de “o grande enclausuramento”, *vivido séculos antes na Europa*.

Até 1852, as instituições voltadas ao atendimento dos “loucos” eram dirigidas por religiosas. Nessas, os enclausurados não possuíam assistência médica e permaneciam entregues aos guardas e carcereiros, à fome, ao frio, à sujeira e às correntes.

Nesse mesmo ano, tivemos a criação do Hospício Pedro II no Rio de Janeiro, considerado por alguns autores o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Esse modelo continuou sob os cuidados administrativos das Irmãs da Caridade, com infraestrutura muito parecida com a das prisões. No entanto, começou a haver, também, visitas

médicas (irregulares e não especificamente psiquiátricas) e presença de enfermeiros leigos, dando aspecto de hospital.

Cabe lembrar, aqui, que já nessa época, os pertencentes à classe privilegiada, definidos ou rotulados como “loucos”, eram vigiados pela própria família. Os não privilegiados economicamente eram entregues aos asilos de loucos ou hospícios.

Após essa data histórica, referida anteriormente, foram criados mais hospícios, seguindo o mesmo modelo, o que acabou dando à loucura um tipo de atendimento mais específico e criando uma nova categoria social, a do “alienado”. Nesse momento, começaram a surgir, ou melhor, a apresentar-se de forma menos turva, os interesses comuns entre médicos (queriam transformar os hospícios em estabelecimentos médicos, assegurando-lhes um local para estudo) e Estado (mais uma vez aparece, visando a garantia da ordem pública).

Em 1881, foi criada a primeira cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, ministrada por Nuno de Andrade, e, em pouco tempo, a psiquiatra firmou-se como único conhecimento válido sobre saúde e doença mental. Já em 1883, foi realizado o primeiro concurso para professor de Clínica Psiquiátrica, tendo como vencedor Teixeira Brandão.

Com a Abolição da Escravatura, em 1888, e abertura para imigração, consolidamos um modelo agro-exportador, formando concomitantemente grandes núcleos urbanos e novos focos de “alienados”.

Após a Proclamação da República, em 1889, que teve como uma das conseqüências a separação entre igreja e Estado, a classe médica acabou tornando-se porta-voz legítimo do Estado e a especialidade psiquiátrica passou a assumir a direção das instituições psiquiátricas. Nesse novo momento, aumentou o número de médicos, voltando a especialização para a neuropsiquiatria, com base na escola francesa (louco visto como “anti-social” que não pode ter trânsito livre e que precisa ser tratado por especialista por ser um “doente”). Essa base teórica e científica da psiquiatria francesa foi muito criticada por alguns profissionais ao perceberem que 90% dos casos do Hospício Nacional eram diagnosticados como “degenerados atípicos”.

Em 1903, quando passávamos pelo período higienista, Estado e psiquiatria mais uma vez uniram-se, agora, em nome do saneamento. O primeiro, representado por Oswaldo Cruz, propunha o combate às doenças infecto-contagiosas, através da vacinação obrigatória em todo o território nacional. O segundo, representado por Juliano Moreira, ficou encarregado de agir sobre o foco da desordem, de forma que os sem trabalho, maltrapilhos, que se aglomeravam

nos focos de infecção (cortiços, favelas) eram recolhidos com a finalidade de serem recuperados, ajustados e devolvidos à sociedade.

Nesse momento, o trabalho já havia sofrido uma reconceituação baseada na ideologia burguesa europeia em que o lema vigente era o de que “o trabalho enobrece o homem”. Assim, o mesmo deixou de ser considerado deplorável, coisa de escravo. Essa nova lógica, associada à necessidade de reintegração dos “anti-sociais” ao mercado de trabalho, e a necessidade de contenção de gastos do Estado com os hospícios, influenciaram diretamente na utilização do trabalho como forma de tratamento no interior das referidas instituições. Logo, passaram a ser construídos os hospícios-colônias em locais afastados dos centros urbanos, onde se buscava a *auto-sustentação dos “doentes”*, através, *principalmente, dos trabalhos rurais*. Enquanto ação terapêutica que objetivava a reinserção social, esse tipo de trabalho caía em uma contraditoriedade, já que, ao retornarem às comunidades de origem, os “doentes” encontravam uma realidade muito mais urbana do que rural.

Mesmo diante dessa lógica, nada eficaz, aumentou o número de hospícios, bem como o número de “doentes” e as queixas médicas quanto à superlotação e falta de verbas.

Até 1919, a prática psiquiátrica brasileira era baseada nas concepções organicista ou biológica. A partir daí foi introduzida, também, a abordagem psicanalítica, tendo como marco o discurso de Franco da Rocha na abertura do curso de Clínica Psiquiátrica na Faculdade de Medicina de São Paulo. O discurso intitulado *Do Delírio em Geral* “resgata os estudos psicológicos dos sonhos de Stekel em que reúne o poeta, o neurótico e o criminoso por alguns traços fundamentais, instintivos, que lhes são comuns” (SANTOS, 1994, p.36). Outro nome destacado nesse processo foi o de Durval Marcondes. Formado na referida Faculdade, no ano de 1924, tornou-se, poucos anos depois, o primeiro psicanalista autodidata de São Paulo. De acordo com Santos (1994, p.38), “embora houvesse resistência por parte de alguns neuropsiquiatras, a psicanálise encontrou um campo bastante fértil na psiquiatria”.

Em 1923, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), quando, segundo registros, ocorreu o primeiro projeto de gestão social da loucura no Brasil. Em um primeiro momento, esse espaço institucional defendeu uma melhoria na saúde mental através da higiene mental. Num segundo momento, foi desenvolvida uma concepção eugênica de tratamento, inspirada na psiquiatria organicista alemã, na qual se buscava um aprimoramento da raça brasileira. Ou seja, nessa ótica, o mentalmente são seria o indivíduo branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e anti-liberal.

Sustentado na eugenia, o discurso psiquiátrico esconde a contradição entre capital e trabalho, descarta as classes sociais e joga tais contradições para o campo da biologia, conferindo à inferioridade da raça os motivos de exclusão daqueles que se constitui como obstáculo ao desenvolvimento do país (SANTOS, 1994, p.39).

O autor continua relatando que, das propostas dessas medidas, as únicas que chegaram a receber algum tipo de apoio foram as ligadas às campanhas Anti-Alcoólicas, de forma que a LBHM recebia da polícia listas com nomes e endereços dos suspeitos ébrios para que os focos fossem trabalhados (dentro dos moldes da época, conforme visto até aqui).

No ano de 1930, iniciou-se o governo provisório de Getúlio Vargas. Uma de suas primeiras ações foi a criação do Ministério da Educação e Saúde pública, que passou a controlar a Assistência a Psicopatas do Distrito Federal. No entanto, considera-se que uma das suas principais ações, nesse período, no campo da doença mental, foi a criação do

Decreto 24.559, de 03/07/1934, que dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como fiscalização dos serviços psiquiátricos. Tal decreto instituiu o Conselho de Proteção aos Psicopatas, do qual fazem parte, entre outros, juiz de órfãos, juiz de menores, chefe de polícia, representantes da Ordem dos Advogados, representantes de instituições privadas de assistência social (SANTOS, 1994, p.40).

Esse Conselho tinha como finalidade analisar problemas e aconselhar o Governo quanto às medidas a serem tomadas para o benefício dos “psicopatas”.

Em 1936, houve a separação do curso de Clínica Psiquiátrica de Neurologia e, em 1938, foi criado o Instituto de psiquiatria junto à Universidade do Brasil (este substituiu o Instituto de Psicopatologia). Após essas alterações, a formação psiquiátrica, que acontecia basicamente nos hospícios, passou para as cátedras universitárias. Os hospícios tornaram-se locais de cobaias humanas onde ocorriam experimentos como a malarioterapia, psicocirurgia, insulinoterapia, eletroconvulsoterapia, entre outros. Nesse mesmo ano (1938), começaram a funcionar os primeiros ambulatórios psiquiátricos mantidos pelo Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado.

O Serviço Nacional de Doenças Mentais (SNDM) foi criado em 1941, passando a gerir toda a política dessa área. Porém, o mesmo foi aprovado e regulamentado somente em 1944. O primeiro diretor desse Serviço foi Aduino Botelho, defensor do modelo de gestão asilar, havendo implantado vários hospícios-colônias (dentre os quais o de Sant’Ana), criado alguns ambulatórios de Higiene Mental e organizado, em alguns Estados, o Serviço de Assistência a Psicopatas.

Com a efetivação dos acordos com os Estados para a construção de hospitais e ampliação da assistência psiquiátrica, previstos no decreto 8.550, de 03/01/1946, houve um novo surto de edificações destinadas à psiquiatria em todo o país.

Na década de 50, a Organização Mundial de Saúde (OMS) recomendou às nações membros, principalmente aos países em desenvolvimento, que

investissem em ações de saúde mental, argumentando com o alto custo da doença mental para o processo produtivo; (...) os investimentos em ações na saúde mental seriam uma proposta rentável economicamente, além de ajudar a evitar os desajustes que podem acompanhar a industrialização (SANTOS, 1994, p.44).

É importante enfatizar que, logo após a Segunda Guerra Mundial, a OMS passou a definir saúde como bem estar físico, mental e social, ao mesmo tempo em que substituiu o termo doença mental por saúde mental.

O mesmo autor, baseado em Cerqueira, entende que

foi a partir daí que a assistência curativa se integrou à concepção primária, secundária e terciária de assistência à saúde. Estas concepções interligadas resultam na psiquiatria comunitária, a qual nada mais é do que a 'prática da assistência psiquiátrica em termos de saúde pública'. Tais concepções interrelacionadas levariam a uma política de mais leitos psiquiátricos, de equipes multiprofissionais e de uma concepção não só biológica mas também psicológica e social da gênese e tratamento das 'doenças mentais' (SANTOS, 1994, p.44).

Nesse momento, setores da psiquiatria passaram a adotar o discurso de medicina preventiva, passando a atuar, tanto fora quanto dentro dos hospícios, e puderam passar a contar também com os psicofármacos – um novo instrumento aliado, conhecido também como 'camisa de força química'. O autor citado acima considera que, a partir desse momento, tornam-se muito perceptíveis as contradições entre o discurso oficial (preventivo) e a prática (trancamento).

Em 1953, foi criado o Ministério da Saúde e, conseqüentemente, o SNDM passou a fazer parte do mesmo. Nesse mesmo ano, os beneficiários da Previdência Social passaram a ter acesso à assistência em hospitais psiquiátricos. O Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciantes (IAPC) e o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Industriários (IAPI) puderam ter internações, não só em hospitais psiquiátricos públicos, mas, também, em hospitais particulares.

O Serviço Nacional de Doenças Mentais passou a apresentar alguma mudança quanto as suas políticas somente a partir do final dos anos 50, sob a direção de Lopes Rodrigues, quando passou-se a enfatizar a “racionalização do atendimento psiquiátrico pela criação de uma rede ambulatorial e pela implementação de várias medidas, tais como a criação de hospital-dia, unidades psiquiátricas em hospitais gerais, centro de recuperação” (SANTOS, 1994, p.44).

O mesmo autor considera que o remanejamento da assistência médica, conforme a revisão e recomendação da OMS, referidas anteriormente, propiciou mudanças na teoria e na prática psiquiátrica. Refere que as mudanças ocorreram principalmente na Europa e nos Estados Unidos.

De acordo com Chagas (2000) e Santos (1994), no início dos anos 60, discute-se, em nível mundial, o modelo clássico de Assistência Psiquiátrica. Na França, Foucault faz uma análise crítica do modelo médico ocidental (lembrando que Pinel e Esquirol já o fizeram no século passado). Para esses, o modelo manicomial e asilar era danoso para os pacientes. Surge, então, o movimento da antipsiquiatria, e o da psiquiatria democrática, liderada por Franco Basaglia, na Itália. Assim, 1960 foi consagrado como o “Ano Internacional da Saúde Mental”.

O autor observa, também, que os movimentos que influenciaram a psiquiatria brasileira foram os mais voltados à psiquiatria preventiva e comunitária. Cita o lançamento do Programa Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos como fato que auxiliou na incorporação desses discursos no Brasil.

Santos (1994) refere que essas propostas chegaram no Brasil praticamente juntas, sendo assumidas por alguns psiquiatras e negadas por outros. Como política oficial, essa proposta foi absorvida pelo SNDM, em 1961, quando a direção foi assumida pelo psiquiatra Edmundo Maia.

Porém, Santos (1994, p.55) cita que a prática efetiva do discurso oficial tomou um sentido oposto, redundando na “construção de mais hospitais psiquiátricos e na sua manutenção orçamentária pela Previdência Social”. Alega que, “embora o discurso preventivista tenha sido adotado (...), o número de ambulatórios, em todo o país, não passava dos 17 em 1961, enquanto que o número de hospitais psiquiátricos chegava aos 135”.

Em 1964, houve a tomada do poder do Estado pelos militares (regime que se estendeu até 1985), sendo totalmente negados os interesses da sociedade e a representatividade dos partidos políticos. Nesse período, foi divulgado o lema “segurança e desenvolvimento”. Para tal, foram trabalhadas a reconcentração da renda, a expansão do sistema de crédito, a abertura

externa da economia. Internamente, foram desmanteladas antigas organizações sindicais, extinta a estabilidade no emprego, redução de salários, criação de uma legislação de exceção, fazendo-se valer em recursos arbitrários, tais como matar, encarcerar e trancafiar em hospitais psiquiátricos, visando reprimir as resistências ao Golpe Militar. Santos (1994, p.58-58) refere que não foi ao acaso que, nesse período,

o número de internações nos hospitais psiquiátricos, apenas por 'neurose', passasse de 5.186 em 1965, para 18.932 em 1970 – desses, 3.166 em hospitais públicos e 15.766 em particulares (...); já em 1975 este número passou para 70.383 e, em 1977, (...), o número de internações por 'neurose' em hospitais psiquiátricos subvencionados pelo INPS chegou aos 200.000”.

Outro dado que nos auxilia na verificação da situação caótica desse período, constatado por CERQUEIRA (1984), e resgatado no estudo de DIAS (1997), é o de que em 20 anos (50 a 70), a população geral aumentou em 82%, enquanto que a população dos hospitais psiquiátricos, apesar do advento dos psicotrópicos, aumentou em 231%.

Já em 1966, o Serviço Nacional de Doença Mental (SNDM), que mantém o discurso da prevenção, intervia em apenas 39 dos 64 ambulatórios existentes no país. Segundo o estudo de Santos, com base nos Arquivos de Higiene da época, nesses 39 ambulatórios, cerca de 14.884 casos eram neuróticos, 8.632 eram epiléticos, 7.490 eram psicóticos não determinados, 4.020 eram oligofrênicos, 2.738 eram alcóolatra, 1.422 eram psicóticos.

Com a criação do INPS, nesse mesmo ano (implantado só em 1967), os institutos de aposentadoria foram aglutinados, estendendo-se a previdência a novos segmentos populacionais.

O Estado ampliou os subsídios para o desenvolvimento da ação tuteladora psiquiátrica privada que ampliou o convênio com o INPS, fazendo com que os serviços públicos se tornassem, paulatinamente, menos significativos (...). Sendo o INPS ligado ao Ministério do Trabalho, os serviços da assistência psiquiátrica do Ministério da Saúde passaram a ter um caráter exclusivamente normatizador do sistema psiquiátrico brasileiro (SANTOS, 1994, p.60).

Nesse período, não se parou efetivamente a construção de hospitais públicos psiquiátricos. No entanto, ficou marcada a massiva internação em hospitais da rede privada. Essa população passou de 14.000 em 65, para 30.000 em 1970, enquanto a população da rede pública permaneceu praticamente estável. A rede ambulatorial servia basicamente para a captação e encaminhamento à hospitalização.

Em meados dos anos 60, também estavam sendo divulgadas as idéias de racionalização e planejamento das atividades públicas. Logo, o SNDM propôs uma melhoria do setor de estatística, visando criar subsídios para a ampliação das pesquisas. O autor refere que as idéias de planejamento da saúde também seguiram o movimento da medicina preventiva dos EUA. Já em 66, foram instituídas as campanhas de Saúde Pública e, conseqüentemente, a Campanha Nacional de Saúde Mental.

Essas idéias de planejamento e racionalização, associada aos interesses dos militares, que estavam no poder nessa época, resultaram no aumento do número de internações, conforme os números já mostrados anteriormente, cronicando os problemas que, ao menos no discurso preventivista, se queria trabalhar. O tempo médio das internações nos hospitais públicos, nessa época, era de 302 dias e, nos particulares, 110 dias. Mesmo diante desses tratamentos prolongados, com uso de medicação, com discurso preventivista, o índice de reinternações não diminuía.

Em 1968, foi criada pelo INPS, uma comissão permanente para assuntos de psiquiatria. Essa comissão detectou os problemas com relação à psiquiatria e, mais uma vez, apontou a necessidade de se desenvolverem ações voltadas à prevenção. “Propunham como solução os princípios básicos de integração, regionalização, descentralização e aprimoramento de pessoal” (SANTOS, 1994, p.63).

O autor enfatiza que, na década de 60, ocorreu a privatização da saúde em geral e da saúde mental em particular. Também chama atenção para a clientela que era basicamente “formada por um segmento populacional alijado do processo produtivo e que, por isso, não era contribuinte da previdência”. Esses eram submetidos

ao atendimento nos asilos públicos, carentes de recursos e submetidos a uma progressiva desativação. Nas clínicas privadas, tal clientela, ainda assim quase exclusivamente provinda das camadas populares, era constituída de trabalhadores rurais ‘desadaptados’ à vida das cidades, empregados e desempregados do setor da construção civil, desempregados e sub-empregados das faixas menos qualificadas do setor terciário, trabalhadores e filhos de trabalhadores do setor industrial dito ‘tradicional’. Aos trabalhadores de setores ‘modernos’ da indústria abria-se em parte a possibilidade de encaminhamento às clínicas aparentemente melhor aparelhadas, eis que remuneradas por via de convênios melhor pagos que os da previdência (DELGADO apud SANTOS, 1994, p.64).

O autor ainda menciona que os que possuíam grande poder aquisitivo “iam para as clínicas de repouso, (...) com um atendimento sofisticado, não em termos técnicos mas, em conforto e luxuosidade” (SANTOS, 1994, p.64).

Referindo-se à totalidade de internações no final dos anos 60, em valores percentuais, o autor mostra que 0,1% da população brasileira (aproximadamente 75 mil pacientes) estava “trancafiada, em nome da ordem pública, da segurança e do desenvolvimento. Isso tudo legitimado por um discurso médico” (SANTOS, 1994, p.64-65). O autor diz, ainda, que muitos dos pacientes internados tornaram-se crônicos, outros morreram na própria instituição e poucos alcançaram a “cura” almejada pela psiquiatria e pelo Estado.

No início da década seguinte, 1971, foi constituído um grupo de trabalho, designado pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, para estudar as bases de uma possível reformulação da psiquiatria.

Mostram eles que entre 1965 e 1968 o custo de vida aumentou 125%, a arrecadação do INPS aumentou 237%, suas despesas médicas aumentaram 372% e as despesas hospitalares psiquiátricas 737%, já as reinternações aumentaram numa proporção de 254%. Concluíram, então, que se fazia necessária a correção das distorções da assistência psiquiátrica brasileira, detendo o INPS o privilégio de poder desencadeá-la por ser o maior comprador de serviços. Tal estudo resultou, em 1973, na aprovação do Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, através da ordem de serviço SAN 3.043, de 19/07/73. Neste, mais uma vez colocava-se o discurso do princípio preventivista e da assistência comunitária, priorizando o desenvolvimento de recursos técnicos extra-hospitalares, os objetivos da prevenção primária, secundária e terciária, bem como a formação de equipes multiprofissionais (SANTOS, 1994, p.63).

O início dos anos 70 foi marcado pelo lema “Todos juntos vamos, p’ra frente Brasil”. Santos (1994) cogita acerca do lema, referindo que, apesar desse desenvolvimento ser dependente, principalmente dos EUA, que trazia novas indústrias, mais endividamento externo e aumento da pobreza, parecia que todos continuavam de braços abertos às mazelas desse sistema. Com o objetivo de manter essa vigência, os governantes pronunciavam a ideologia de que o único perigo para o desenvolvimento estava nos comunistas e para estes se fazia necessária a Lei de Segurança Nacional.

Nesse mesmo período, iniciou-se o que se chamou de “utilização político-ideológica da delinqüência” associada a uma “campanha de dramatização da criminalidade”.

O sistema capitalista estimula a agressividade, impulsiona a violência aberta no terreno social e político. E logo se aproveita dessa violência para legitimar um aumento das capacidades repressivas que têm em suas mãos e para fomentar reações conservadoras e repressivas no cidadão a fim de criar as bases psicológicas para sustentar a pirâmide do poder (BARROS apud SANTOS, 1994, p.65).

Essa ideologia acarretou o aumento da população dos presídios e a diminuição das internações psiquiátricas. No entanto, já na metade da década de 70, as internações psiquiátricas voltaram a se elevar. Há exceções em alguns Estados onde foram tomadas outras medidas, como: proibição de internações no Juqueri, em São Paulo; criação de centrais para disciplinar os encaminhamentos para internação, em Minas Gerais; ações de interiorização para reduzir a circulação de pacientes para as colônias das capitais em Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Ainda no início dessa década (70), o órgão estatal responsável pela coordenação da política de Saúde Mental deixou de ser o SNDM, sendo que, para tal, foi criada a Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM). A estrutura organizacional dessa divisão foi composta por Unidade de Planejamento, Serviço de Normas e Assistência Técnica, Coordenação de Atividades Supletivas, entre outros setores.

Santos (1994, p.67) considera que, nesse momento,

a exigência de equipes multiprofissionais fez com que outros saberes da ciência passassem a ter 'voz e voto' neste meio, (...) havendo, assim, o que se pode chamar de uma democratização da psiquiatria, (...) ficando, (...) estabelecida a necessidade de uma equipe básica formada por psiquiatras, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

Por outro lado, o autor também lembra que esses profissionais tiveram uma formação elitista e voltada aos interesses hegemônicos de forma que a ação continuava direcionada ao "ajuste" para a classe menos favorecida e especial para os pertencentes à classe dominante.

Com o objetivo de discutir os rumos da assistência médica psiquiátrica, foi realizado um encontro entre os Ministros da Saúde da América Latina, em Santiago, no Chile. Constataram que "os problemas de saúde mental tendiam a aumentar devido ao aumento da expectativa de vida, ao controle cada vez maior das doenças transmissíveis, à urbanização crescente e ao processo de desenvolvimento econômico" (SANTOS, 1994, p.68). Desse encontro, procederam orientações quanto à melhoria na qualidade da prevenção primária. Também foi selado o "Acordo para a Execução de um Programa de Saúde Mental". Este último recomendava "a diversificação da oferta de serviços, bem como a sua regionalização. Condenava o macro-hospital e propunha 'alternativas' à hospitalização integral" (REZENDE apud SANTOS, 1994, p.69).

Em 1974, o Ministério da Saúde, através da Portaria MS-BSB 32, passou a considerar a saúde mental como um subsistema do quadro geral do sistema de saúde. A partir daí a

DINSAM passou a criar planos para a implantação do subsistema de saúde mental e as metas a serem atingidas entre 1974 e 1979. Tais metas previam a existência de

183 unidades de saúde mental; preparo de 9.883 agentes de saúde mental para as comunidades com menos de 50.000 habitantes; transferência de 30% dos gastos hospitalares para atividades extra-hospitalares; custeio de 8.900 leitos psiquiátricos em hospitais gerais; seis milhões de consultas anualmente etc (CERQUEIRA apud SANTOS, 1994, p.69).

O mesmo autor observa que essa portaria não alterou o discurso e a prática oficial. “Desenvolvia-se uma prática que alimentava o crescente financiamento dos hospitais psiquiátricos particulares conveniados com o INAMPS (antigo INPS)” (SANTOS, 1994, p.69).

Os Ministérios da Saúde e Previdência Social baixaram a Portaria Interministerial 1.369, no ano de 1979, visando redefinir as bases para uma política de saúde mental e promover a implantação do Sistema Nacional de Saúde, já instituído em 75 pela lei 6.229. Não obstante essa intenção, discussões, portarias e leis, o quadro institucional psiquiátrico não se alterava.

No VI Congresso de Psiquiatria, ocorrido em Salvador no ano de 1980, o então Presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria, Marcos Pacheco de Toledo, propôs aos reunidos uma reflexão sobre a ciência que produziam frente às dificuldades existentes nessa área. Santos (1994) refere que as abordagens da Antipsiquiatria, da Psiquiatria Democrática e da Fenomenologia Husserliana tomaram um certo espaço no interior da psiquiatria, mas não na política oficial de saúde mental. Nesta última, tendo como órgão representativo o DINSAM, predominava a compreensão de que o transtorno mental seria:

Patologia gerada por fatores individuais (genético-constitucionais), culturais e sociais que debilitam mentalmente o indivíduo ou alteram suas funções psíquicas. (...) O indivíduo que não tem supridas suas necessidades básicas ou condições mínimas de sobrevivência, tem repetidas dificuldades que debilitam sua capacidade de tolerância à frustração, tornando-o vulnerável aos transtornos mentais (DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL apud SANTOS, 1994, p.72)

As Diretrizes para a saúde mental, no ano de 1980, estavam voltadas à substituição do modelo assistencial custodial por um modelo mais abrangente. No entanto, também não surtiram efeito.

Em dezembro de 1982, o Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP) divulgou o Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica

Previdenciária. Este apresentava como proposta, basicamente, os princípios da regionalização e hierarquização dos serviços de saúde, enfatizando a rede primária de atendimento e o disciplinamento dos mecanismos de internação, visando evitar diagnósticos errôneos.

O autor estudado analisa esse período da seguinte forma:

Com uma série de 'novas' mas antigas propostas, chegou-se a 1984 — segundo dados do INAMPS — com uma população internada próxima dos 362.924 pacientes, de um total de 4.065.635 pessoas consultadas. Ao tomarmos o número de internados em 1984 e o número de internados em 1960, que era de aproximadamente 50.000 pacientes, percebe-se que houve um acréscimo de 312.924 internações (...) que demonstra o processo de psiquiatrização do social (SANTOS, 1994, p.73-74).

Esses dados, que demonstram a perda de controle da criação de demanda, associados às críticas realizadas por segmentos das universidades, pelos trabalhadores da saúde mental e boa parcela dos psiquiatras resultaram em uma estabilização do número de internações em leitos privados. O que se manteve, de acordo com levantamento, até 1987.

No ano de 1985 (início da Nova República), a DINSAM convocou os coordenadores da saúde mental de todo o país, a direção do INAMPS, as lideranças dos trabalhadores em saúde mental, para elaboração e implementação de uma nova política. Na realidade, os objetivos básicos (prevenir, ampliar o atendimento a toda a população e investir na rede ambulatorial) não apresentaram nenhuma mudança com relação às diretrizes anteriores. Como estratégia de ação pensava-se na aplicação das finanças e recursos públicos nas instituições públicas.

Nesse momento, as orientações foram sendo lentamente efetivadas. Começou a aumentar o número de consultas em estabelecimentos públicos e conveniados, havendo conseqüente diminuição no setor privado.

Apesar disso, o país passava por uma crise em que as condições de vida de muitos brasileiros vinha decaindo, e conseqüentemente, agravava-se a realidade da saúde em geral.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde. Ocorreram importantes deliberações para a saúde e recomendações para a Constituinte a ser realizada em 1987. “Na proposta de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, pede-se a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), separando totalmente saúde de previdência, bem como uma ampla reforma sanitária” (SANTOS, 1994, p.76).

O SUS foi criado em 1988 e regulamentado em 1990. É integrado por todos os hospitais públicos, universitários e privados credenciados pelo governo. Os serviços prestados são pagos mensalmente aos estados e municípios pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo

Nacional de Saúde (FNS), que é alimentado por verbas do Tesouro, da Previdência e de impostos, como a Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e a Contribuição sobre o Lucro Líquido (Cofins). Até abril de 2001, existiam 6.500 hospitais conveniados ao SUS, sendo 4.061 (62%) privados e 157 universitários. A rede ambulatorial é composta por 58.224 postos de saúde, pronto-socorros, clínicas psiquiátricas e odontológicas.

Gomes (2001) nos lembra que, em 1987, tivemos um marco histórico referente à discussão da psiquiatria no Brasil, representada pela 1ª Conferência Nacional de Saúde mental, sendo esta, praticamente, um desdobramento da 8ª Conferência Nacional da Saúde. Conseqüentemente, passou-se a ter uma nova visão sobre a saúde mental, priorizando a necessidade de recuperar a cidadania do portador de transtornos mentais, até então amparados pela Lei n° 24.599, de 03 de julho de 1934.

Santos (1994) considera que foi a partir de 87 que se passou a ter efetivamente a incrementação da política de desospitalização no Brasil. A partir dessa data,

pode-se constatar no país, em número crescente, a presença de ambulatórios de saúde mental, enfermarias, emergências e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, lares protegidos e outras instituições – públicas e privadas – que atuam nestas áreas visando a superação da psiquiatria clássica (SANTOS, 1994, p.79).

Gomes (2001) expõe que, ainda em 1987, no mês de julho, um agrupamento de profissionais da área investiu na realização do II Congresso Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, radicalizando suas posições, através do lema: “Por uma sociedade sem Manicômios”.

Surgem como resposta a essas inquietações propostas como o projeto lei n° 3657 de 1989, do Deputado Paulo Delgado, que propõe o rompimento com esse aparato institucional fechado que, historicamente, mostrou-se um modelo de tratamento segregador.

De acordo com dados extraídos do Almanaque 2002, tendo este como fonte o Ministério da Saúde, no ano de 2000, os distúrbios psiquiátricos corresponderam a 11% das 6.777.892 internações via SUS. Dos 100 mil leitos para doentes mentais, 80 encontravam-se nos manicômios e 20 mil no sistema aberto de atendimento.

Após realizar uma pesquisa, no ano de 2000, em 14 países, a OMS constatou que a cada quatro pessoas que procuram ajuda médica (clínico geral) uma ao menos tem problemas de ordem mental. Os casos mais comuns são os transtornos mentais e comportamentais decorrentes do uso de álcool e outras drogas, a esquizofrenia, o retardo mental, a depressão, a

demência e os transtornos neuróticos relacionados com o estresse. A quantidade de faltas ao trabalho por distúrbios de ordem mental (entre esses, os associados às drogas) é maior que por outras doenças. Esses dados motivaram a OMS a escolher o tema saúde mental como foco primordial das atividades em 2001. Nesse mesmo ano, o Presidente Fernando Henrique Cardoso sancionou a lei que prevê a extinção progressiva dos manicômios, aprovada sem seu item mais polêmico, ou seja, o que proibia a construção de novos hospitais psiquiátricos no país.

Finalizando a exposição sobre as políticas de Saúde Mental, apresento, como ANEXO 1, a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, que objetiva oferecer atendimento mais humanitário aos pacientes e conter os gastos públicos com internações. Foi sancionada pelo Presidente da República, depois de ter permanecido pouco mais de uma década (12anos) em tramitação na Comissão de Assuntos Sociais do Senado, esbarrando na resistência organizada pelos proprietários dos hospícios, representados pela Federação Brasileira dos Hospitais (FBH).

Responsável por uma ampla mobilização social dos vários segmentos envolvidos (profissionais, familiares, prestadores de serviços), esses trâmites burocráticos têm como mérito maior o desencadeamento de uma discussão nacional sobre o tema.

1.3.1 A Psiquiatria em Santa Catarina

Segundo Santos (1994, p.85), “a atuação da assistência psiquiátrica oficial, em Santa Catarina, teve seu início, basicamente, com a implantação do Hospício Colônia Sant’Ana em 1942, quando a saúde ainda era de responsabilidade da Secretaria da Justiça, Educação e Saúde”. Até esse momento, os casos de doenças mentais existentes no Estado eram encaminhados aos asilos de loucos situados nas cidades de Brusque e Joinville. A mesma obra nos revela que, no decorrer dos anos, a psiquiatria catarinense foi desenvolvida de acordo com as diretrizes da política nacional, voltando-se para a reclusão dos diagnosticados como doentes mentais e pela pretensão da cura, obtenção de lucro, segregação ou exclusão social, acompanhada da perda da cidadania do doente mental.

Não poderia deixar de enfatizar o aspecto encontrado no âmbito nacional que o autor referido anteriormente chamou de incremento do processo de psiquiatrização do social, caracterizando-o por cinco fatores básicos:

- ◆ Ampliação da identificação dos sintomas que servem para diagnosticar (rotular) doenças mentais;

- ◆ Ampliação da classificação dos tipos de doenças mentais;
- ◆ Aumento do número de doentes mentais;
- ◆ Aumento do número de instituições psiquiátricas;
- ◆ Aceitação coletiva do trancafiamento, pois, assim como a psiquiatria naturaliza a doença mental, a população tende a ver como natural o seu tratamento.

Santos (1994) explica que, em 1987, após a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, foi criada, em Santa Catarina, a Comissão Interinstitucional de Saúde Mental, composta por representantes da UFSC, Fundação Hospitalar, Colônia Sant'Ana, Departamento Autônomo de Saúde Pública, INAMPS, Manicômio Judiciário e Prefeitura Municipal de Florianópolis e encarregada de elaborar as diretrizes de política de saúde mental para o Estado. Tal Comissão baseou-se nos princípios da Conferência Nacional de Saúde Mental e, em dezembro de 1987, apresentou orientações a serem seguidas: A hospitalização deveria passar a ser utilizada como último recurso, após esgotadas todas as tentativas de tratamento; deveriam ser criados serviços psiquiátricos em hospitais gerais regionalizados; também deveriam ser criados ambulatórios de referência ou especializados, localizados em instituições públicas de saúde, com uma equipe mínima composta por psiquiatra, neurologista, psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, auxiliar de enfermagem e pessoal de apoio administrativo. Conforme cogitações do autor, realizadas em 1994, mas, válidas para a atual conjuntura:

mesmo com a falta de recursos necessários, a política de saúde mental de Santa Catarina vem se desenvolvendo lentamente no caminho da desospitalização, convivendo ainda com o modelo hospitalocêntrico.

Neste processo, cabe ao Estado repassar recursos para a manutenção dos ambulatórios existentes, para o Centro de Apoio Psicossocial de Florianópolis, assim como para o Hospício Colônia Sant'Ana. (SANTOS, 1994, p.103)

Como forma de propiciar uma maior compreensão dos resultados dessas mobilizações, será apresentada, agora, de modo sucinto, uma das instituições psiquiátricas de Santa Catarina, cuja implantação marcou o início desse tipo de atendimento específico dentro dos princípios científicos, bem como suas atuais diretrizes. Gostaria de referir, também, que foi a partir das experiências vivenciadas nessa instituição que surgiu o levantamento do tema sobre o qual foi desenvolvido este trabalho.

1.3.1.1 O Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ)

Atualmente, o IPQ (antiga Colônia Sant'Ana – localizado no bairro de mesmo nome) é subordinado à Secretaria Estadual de Saúde (SES) e atende todo o Estado de Santa Catarina. Trata-se de uma instituição pública, cujos serviços são voltados exclusivamente à assistência psiquiátrica.

Desde a sua criação, até o presente momento, vem passando por inúmeras transformações, seguindo as reformas de âmbito nacional na Saúde Mental. Brum, May, Puel enfatizam:

A filosofia de atendimento da instituição considera o paciente como uma unidade biopsicossocial e (...) visa proporcionar-lhe tratamento psiquiátrico, psicológico, clínico e social, procurando evitar o hospitalismo e não o dissociando da família, quando existente, nem de sua comunidade de origem. (1997, p.37)

É conseqüente dessa filosofia, resultante de todo o processo histórico da psiquiatria, a sua atual divisão em dois grandes centros de atendimento, conforme características da doença:

- ◆ CCS (Centro de Convivência Santana):

Nesse centro, encontram-se moradores, portadores de transtornos mentais graves e que perderam o vínculo sócio-familiar.

É constituído por enfermarias masculinas e femininas, UGP (Unidade de Gestão Participativa) e duas Pensões Protegidas (uma masculina e uma feminina).

- ◆ UIP's (Unidades de Internação Psiquiátrica):

Trata de quadros psiquiátricos agudos cu reagudizações sintomáticas de uma patologia crônica, que impeçam o convívio social extra-hospitalar do paciente. As internações nessas unidades estão previstas para um período de 15 a 30 dias.

Nessas, estão contidas a UCM (Unidade Clínica Médica), 5ª enfermaria feminina, 1ª e 2ª enfermarias masculinas, UDJ (Unidade de Dependência Química – onde foi realizado o meu estágio).

Ainda, visando propiciar uma melhor compreensão do funcionamento da instituição, está sendo apresentado o organograma no ANEXO 2 e, a seguir, os principais pontos do Projeto Terapêutico vigente na mesma. Faz-se necessário esclarecer que foi utilizado como base para esta explanação o Projeto Terapêutico referente ao período de 1995-98 porque, em sua essência, ainda está sendo seguido. O mesmo tem por objetivo a recuperação das

habilidades sociais, já perdidas ou comprometidas, junto à busca da consciência da enfermidade e aderência ao tratamento.

O referido projeto traz a compreensão de que os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, presentes na gênese e evolução dos transtornos mentais, reforçam a necessidade do trabalho em conjunto. Ou seja, para o aumento da probabilidade de sucesso de um tratamento, faz-se necessário oferecer uma assistência integrada, que se utilize de várias áreas do conhecimento, tais como, medicina, psiquiatria, enfermagem, pedagogia, psicologia, terapia ocupacional, educação física, serviço social.

A composição da equipe por diversos profissionais com formação e funções diferentes é complementar, havendo funções comuns a todos, como o debate referente à evolução dos casos, de forma a atualizá-los continuamente, e funções específicas, conforme a seguir:

♦ **Serviço Médico** - é responsável pelo acompanhamento clínico e psiquiátrico através de consultas individuais, com a prescrição farmacoterápica, registro da evolução clínica, estabelecimento do diagnóstico psiquiátrico, encaminhamento para outras unidades ou alta dos pacientes. Integrado ao Serviço de Psicologia, participa no processo de consciência da enfermidade e aderência ao tratamento. Integrado ao Serviço Social, participa nas atividades relacionadas à família e à comunidade;

♦ **Serviço de Enfermagem** - coordena as atividades relacionadas ao desenvolvimento das habilidades da vida diária, como auto-cuidado, medicação, cuidados com a unidade e ambiente. Faz o planejamento, organização, administração, supervisão e avaliação dos cuidados de enfermagem relacionados às necessidades básicas do paciente;

♦ **Serviço de Pedagogia** - coordena o atendimento aos portadores de deficiência mental internados em outras épocas e que permanecem no IPQ (pacientes asilares), por perda do contato com a sociedade e família;

♦ **Serviço de Psicologia** - coordena as atividades relacionadas ao desenvolvimento da consciência da enfermidade e aderência ao tratamento através de grupos operativos, grupos de sentimento, palestras e, eventualmente, se necessário, técnicas terapêuticas individuais e técnicas de testagem;

♦ **Serviço de Terapia Ocupacional** - coordena as atividades relacionadas à recuperação de habilidades manuais e intelectuais num contexto de estímulo à ressocialização;

♦ **Serviço de Educação Física** - coordena as atividades relacionadas à recuperação de capacidades físicas que estimulem, através da consciência corporal, a consciência da

identidade psíquica e, através do controle corporal, o desenvolvimento de um maior controle das reações psíquicas;

♦ **Serviço Social** - coordena as atividades da relação institucional com o paciente, a família e a comunidade. Através de grupos de recepção e alta, ou em atendimento individualizado, o paciente é orientado quanto à sua relação com a instituição. Através de seminários e palestras, específicos para familiares, cria-se um canal de comunicação organizado com o IPQ. A compreensão, aceitação e capacidade de manejo da enfermidade, da comunidade junto à família do paciente, depende de um trabalho constante do Serviço Social que, nessa tarefa, pode atuar integrado ao Serviço Médico e de Psicologia. Esse serviço é realizado, atualmente, por uma equipe de sete assistentes sociais, das quais cinco atuam nas UIP's (Unidades de Internação Psiquiátrica) e duas no CCS (Centro de Convivência Santana). Além do atendimento aos pacientes nas unidades e a suas famílias, os assistentes sociais também realizam o plantão na triagem, através de uma escala de revezamento (de 2^a à 6^a das 09:00 às 17:00hs), cujas ações objetivam o acolhimento da família e a troca de informações que auxiliarão o tratamento. Caso seja constatado pelo médico triagista a indicação de tratamento ambulatorial, o Serviço Social realiza os encaminhamentos cabíveis. O mesmo serviço também possui o plantão interno, onde atuam três funcionários administrativos. Neste, é realizado o pronto atendimento aos usuários que procuram a equipe e o registro das atividades em documentação estatística padronizada pela SES (Secretaria Estadual de Saúde). Cabe ressaltar, aqui, a importância do engajamento de toda a equipe no projeto, desde o diretor aos funcionários do serviço de limpeza, considerando que a maioria dos usuários, em algum momento do período em que permanecem na instituição, entrarão em contato com todas essas pessoas. Dessa forma, é essencial, para a eficácia do trabalho proposto, que sejam divulgados a todos os funcionários os objetivos e rumos do mesmo.

Faz-se importante enfatizar que o projeto terapêutico prevê um trabalho multidisciplinar. Não sabemos, ao certo, por não estar explícito no mesmo, o que a equipe que formulou tal trabalho entende especificamente por multidisciplinaridade. Por esse motivo, não será discutido o termo utilizado. Mas não podemos deixar de reportar-nos às referências de Vasconcelos (2000), que entende por multidisciplinaridade a prática em que "profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente, geralmente sem cooperação e troca de informações entre si, a não ser por meio de um sistema de referência e contra-referência dos clientes, com uma coordenação apenas administrativa" (VASCONCELOS, 2000, p.46). Cita, como exemplo, as práticas ambulatoriais.

Ao vivenciar o cotidiano da instituição (como no período de estágio), percebe-se a atuação de profissionais voltada a uma perspectiva interdisciplinar. Percebe-se, também, que, em muitas situações, o perfil de alguns profissionais contribui para que se mantenha institucionalizado o histórico poder do saber médico. Esse tipo de prática, Vasconcelos (2000) conceitua como interdisciplinaridade auxiliar, e a exemplifica exatamente com o que ocorre, muitas vezes, na psiquiatria. Diz que “dentro de um quadro de relações de poder muito desiguais entre as diversas corporações e disciplinas, muitas das práticas usuais de colaboração entre profissionais na saúde mental acabam sendo auxiliares” (p.47). Ainda trabalhando esse conceito, baseia-se em CASTEL (1987) e refere que “as estratégias de modernização da psiquiatria contemporânea para manter-se hegemônica no campo da saúde mental, (...) inclui a apropriação de forma subordinada de contribuições de outras disciplinas” (idem).

Finalizando, o autor expõe como interdisciplinaridade a relação recíproca dos campos do saber envolvidos, baseada no enriquecimento mútuo, tendendo à horizontalização do poder. Refere que esse tipo de trabalho

exige a identificação de uma problemática comum, com levantamento de uma axiomática teórica e/ou política básica e de uma plataforma de trabalho conjunto, colocando-se em comum os princípios e os conceitos fundamentais, esforçando-se para uma decodificação recíproca da significação, das diferenças e convergências desses conceitos, e desta forma gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos. Desta forma, as práticas interdisciplinares autênticas *tendem*, quando prolongadas no tempo, para a criação de campos de saber, teóricos ou aplicados (como é o caso do próprio Serviço Social em seu processo de constituição), e até mesmo disciplinas, como a psicossociologia, a psicolinguística, a etnopsiquiatria etc (VASCONCELOS, 2000, p.47).

Diante de toda essa contextualização abordada no primeiro capítulo, passaremos, agora, a cogitar acerca da dependência química, no que se refere ao uso, instalação da doença, tratamento, procurando trazer, não só o discurso médico oficial, mas, também, seus aspectos sociais e, por último, abordar esta questão a partir do levantamento de dados encontrados nos prontuários dos adolescentes que estiveram internados na instituição no ano de 2000.

2 RECONHECIMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA COMO DOENÇA

A primeira parte deste trabalho foi totalmente destinada ao resgate dos aspectos histórico-políticos da saúde mental, pelo fato da dependência química estar inserida nesse contexto, não só no discurso biologicista oficial, apresentado suscitadamente no início do primeiro capítulo, mas, também, no aspecto social, marcada pelos reflexos da manutenção da ordem vigente e estigmas, que poderão ser identificados no decorrer da apresentação deste capítulo e a partir da apresentação dos dados referente aos adolescentes que passaram pela Unidade de Dependência Química (UDQ) do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ) no ano de 2000.

De acordo com dados extraídos do Almanaque Abril 2002, a OMS prevê o aumento do número de casos de doença mental e outras doenças associadas à mesma na próxima década.

→ A expectativa de piora para a situação está baseada na degradação do ambiente social, marcada pela crescente violência, abuso de álcool e uso de outras drogas que vem fazendo com que essas doenças se manifestem em grupos cada vez mais jovens. Estima-se que a metade dos portadores de distúrbios mentais apresenta os primeiros sinais antes de completar 25 anos.

→ Segundo o estudo de CORRÊA (2000), baseado nos dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE - 1998), no Brasil, classificado em oitavo lugar na economia mundial, a maioria da população não tem acesso às riquezas do país. Aproximadamente 15% da população é composta por adultos analfabetos e parte significativa das crianças não tem acesso ao atendimento das necessidades básicas. O país apresenta diferenças regionais marcantes. Nos estados do Sul, a maioria dos habitantes são descendentes de imigrantes europeus, enquanto no Nordeste prevalece a mistura racial. Esse é um dos fatores que explicam as diferenças que se refletem na educação, nutrição, religião, saúde, moradia, entre outros aspectos. O autor cogita acerca desses fatores relacionados às pesquisas referentes ao

consumo de drogas e diz que, diante das diferentes abordagens, essenciais para avaliação do todo, podem aparecer resultados contrastantes.

O estudo nos traz a informação de que entre os homens predomina o uso de drogas ilícitas (maconha e cocaína) enquanto entre as mulheres o consumo de medicamentos psicotrópicos (ansiolíticos, anfetaminas, entre outros) é superior. A análise do consumo de álcool e tabaco mostra que o índice maior está entre os estudantes. Enfatiza, também, que o álcool é responsável por mais de 95% das internações hospitalares provocadas por drogas. Pesquisas realizadas entre estudantes brasileiros, nos anos de 1987, 1989 e 1993 indicaram que, em primeiro lugar de consumo, excetuando-se álcool e tabaco (drogas lícitas), apareceram os inalantes, seguidos pelos ansiolíticos e anfetaminas. Por outro lado, entre as crianças em situação de rua, o consumo é muito superior aos valores observados entre estudantes, sendo os inalantes e a maconha os mais consumidos, seguidos pela cocaína, nas capitais do Sudeste, e pelos medicamentos psicotrópicos, nas capitais nordestinas.

Dados extraídos ainda do estudo de CORRÊA (2000, p.3), mostram que “as internações por cocaína vêm aumentando a partir de 1987, ocupando, nos últimos anos, o primeiro lugar entre as drogas, exceto álcool, posto este ocupado pela maconha até o ano de 1991”.

Segundo a pesquisa realizada pela Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco), feita com 16.619 estudantes brasileiros de escolas públicas e particulares, com idade entre 10 e 24 anos, divulgada em 2001, em 13 das 14 cidades analisadas, mais de 50% dos entrevistados consomem bebida alcoólica. O primeiro contato com cigarro e álcool acontece, em média, entre 13 e 14 anos; no caso das drogas ilícitas, entre 14 e 16 anos. Estes dados foram extraídos do Almanaque Abril 2002, mais especificamente da subdivisão que trata da saúde. Segundo o corteúdo desse mesmo material, o consumo precoce de álcool traz mais danos ao cérebro do que o tempo de uso e quantidade/dia ingerida por um adulto. Outros agravantes registrados são a maior exposição, sob efeito das drogas, a brigas, a acidentes de trânsito, aos riscos de contrair o vírus HIV, mantendo relações sexuais sem uso de preservativos e compartilhando seringas no uso de drogas injetáveis. Às jovens, também considera-se como agravantes, além dos já citados, os riscos de gravidez não desejada e conseqüente aborto clandestino.

→ Apesar de todos estes dados referentes às drogas, e os que serão apresentados daqui por diante, Corrêa (2000) lembra que o país ainda está carente de um plano definido, principalmente no que diz respeito à prevenção primária. Embora existam iniciativas em alguns Estados e Municípios, não se observa, na maioria deles, uma diretriz específica para o combate às drogas.

Faz-se necessário, para melhor entendimento deste estudo, trazer alguns dos aspectos que envolvem o uso, a instalação da doença, o diagnóstico e o tratamento da mesma. Mas antes, serão apresentados, com base nas Normas e procedimentos na abordagem do abuso de drogas (1991, p.13-14), algumas classificações e definições recomendadas pela OMS, para que possamos, de certa forma, diferenciar os usuários quanto à frequência, intensidade e riscos de prejuízos para a saúde:

O uso, no que se refere à frequência, deve ser classificado em:

- ◆ **Uso na vida:** quando a pessoa fez uso de qualquer droga, pelo menos uma vez na vida;
- ◆ **Uso no ano:** quando a pessoa utilizou drogas, pelo menos uma vez nos últimos doze meses;
- ◆ **Uso no mês ou recente:** quando a pessoa utilizou drogas, pelo menos uma vez nos últimos 30 dias;

- ◆ **Uso freqüente:** quando a pessoa utilizou drogas seis ou mais vezes nos últimos 30 dias.

Classificação quanto à intensidade, para as pessoas que utilizam substâncias psicoativas:

- ◆ **Não usuário:** nunca utilizou drogas;
 - ◆ **Usuário leve:** utilizou drogas, mas, no último mês, o consumo não foi diário ou semanal;
 - ◆ **Usuário moderado:** utilizou drogas semanalmente, mas não diariamente, no último mês;
 - ◆ **Usuário pesado:** utilizou drogas diariamente no último mês.
- Quanto ao tipo de uso:
- ◆ **Uso de risco:** uso ocasional, repetido ou persistente, que oferece riscos futuros à saúde física e/ou mental, mas que ainda não apresenta significantes efeitos mórbidos;
 - ◆ **Uso prejudicial:** padrão de uso que já causa danos à saúde física e/ou mental.

2.1 DETERMINANTES AO CONSUMO DE DROGAS

É consensual entre os autores que estudam os aspectos históricos do consumo das drogas a compreensão de que o homem conheceu a existência da mesma, na natureza, há séculos e que, inicialmente, seu uso estava associado a atividades culturais, rituais religiosos, festividades e outros momentos da vivência comunitária.

De acordo com o estudo de Corrêa (2000), pesquisas antropológicas mostram que, nessas sociedades, o consumo acontecia entre os adultos, sem a participação dos jovens. Também consideram-se ausentes a dependência às drogas. Não fica claro se é porque a dependência realmente não existia, ou se não era reconhecida como doença nesse momento da história.

O mesmo estudo reconhece os primeiros casos de dependência a partir do surgimento do uso de morfina, heroína, cocaína, cujo uso ocorria em dimensões tão reduzidas que passavam despercebidas, ou melhor dizendo, desconsideradas.

Diferentes autores referem que, a partir dos anos 60, o consumo de drogas, de forma abusiva, foi disseminado por todo o mundo ocidental. Nesse mesmo período, “o uso de drogas passou a ser difundido entre os jovens e adolescentes, sob a forma de ondas epidêmicas incontroláveis, com dimensão intercontinental, tornando-se um flagelo mundial” (GENNARO apud CORRÊA, 2000, p.35).

Até esse momento, tratava-se como drogas, apenas as ilícitas (maconha, haxixe, cocaína, heroína, entre outras). Alguns anos depois, com o avanço das pesquisas científicas, o termo drogas passou a incluir também as lícitas (etílicos, tabaco, os medicamentos psicotrópicos e os solventes ou inalantes - cola de sapateiro).

Considera-se que as primeiras contribuições psicodinâmicas sobre drogadição foram feitas por Freud, embora nunca tenham sido tratadas minuciosamente pelo criador da psicanálise. De acordo com Corrêa (2000), o mesmo relacionou a psicopatologia da mania e do humor com o alcoolismo e a embriaguez, oferecendo as bases para uma compreensão profunda das farmacodependências.

Considerava as toxicomanias e o alcoolismo como sucedâneos da masturbação, que para ele, constituía o ‘hábito primário’. Depois, (...) afirma que, sob a influência do álcool ‘o homem adulto passa a comportar-se cada vez mais como uma criança que encontra prazer, tendo à sua disposição, livremente, o curso dos seus pensamentos, sem submeter-se à compulsão da lógica’. Freud considerava que o alcoolismo manifestava impulsos regressivos que permitiam acreditar que o álcool, (...) não era, primariamente, o substituto de necessidades masturbatórias adolescentes, mas sim infantis. A medida em que relacionava as diferentes formas de drogadição com satisfação de necessidades infantis primárias, Freud afirmava que as origens da toxicomania devem ser procuradas na fase oral do desenvolvimento. (CORRÊA, 2000, p.44).

Em 1973, de acordo com o estudo de CORRÊA (2000), a OMS substituiu o conceito de toxicomania para o de farmacodependência como sendo um estado psíquico, e, às vezes, também físico, produzido pela interação entre um organismo vivo e uma substância, caracterizado por um comportamento e outras reações que incluem sempre compulsão, ou seja, impulso irremovível para ingerir a droga, de forma contínua ou periódica, com a finalidade de experimentar seus efeitos psíquicos e, às vezes, para evitar o desconforto de sua abstinência (sensações de mal estar e diferentes graus de sofrimento mental e físico, particulares para cada tipo de droga, decorrente da falta da mesma em usuários dependentes).

A tolerância, capacidade de resistir à ação de uma droga, necessitando aumentar a dose para obter o mesmo efeito anteriormente encontrado, pode existir ou faltar e o indivíduo pode ser dependente de mais de uma droga.

No capítulo destinado à revisão de literatura da dissertação de mestrado de CORRÊA (2000), consta um abrangente resgate do uso das drogas no decorrer da história da humanidade. Esse resgate não será trabalhado neste momento, mas fica registrada a indicação ao leitor. Deste material, considerarei muito relevante o que, baseado em SIELSKI (1999), o referido autor chamou de prenúncio da quinta intoxicação da história. Diz que:

A primeira ocorreu com os fermentados (vinho e cerveja) que desde os tempos dos gregos e romanos deixou marcas lamentáveis. A segunda (...) deveu-se aos destilados, fabricados e consumidos em grande escala no período da Revolução Industrial; nunca os alambiques trabalharam tanto. A terceira ocorreu nos anos 40 e 50 (II Guerra Mundial) com as tropas norte-americanas consumindo a fabulosa quantia de 200 milhões de bolinhas de anfetaminas enquanto que em 1954, detectou-se uma epidemia com mais de 2 milhões de usuários, só no Japão. A quarta ocorreu mais recentemente nas duas últimas décadas, tendo como astro principal o tabaco, que enfumaçava tudo: ônibus, aviões, táxis, restaurantes, locais de trabalho, atingindo a fantástica cifra de 1 bilhão de fumantes no mundo. (...) a quinta grande intoxicação da humanidade será a das drogas proibidas (maconha, cocaína, crack, ecstasy, heroína e outras), que infelizmente não cedem só à proibição mas trazem juntamente consigo as drogas legais, para aumentar ainda mais o número de substâncias químicas (CORRÊA, 2000, p.33).

Como fatores significantes e determinantes ao uso dessas substâncias, diferentes autores apontam para vários aspectos, dentre os quais:

♦ Cultura – como já descrito anteriormente, ao longo da história da humanidade, as substâncias psicoativas sempre estiveram presentes. Além dos aspectos já abordados no início deste sub-item, alguns estudiosos apontam para a transposição de cultura. Na época dos grandes descobrimentos, iniciou-se o uso de substâncias de uma cultura por elementos de outra. Isso é o que se chama de transposição de cultura. Estudiosos consideram que esse processo fez com que se perdessem as referências ao culto e ao rito, aumentando, dessa forma, a possibilidade do abuso.

No Brasil, como em outros países, de acordo de CORRÊA (2000), as pessoas aprendem a ingerir bebidas alcoólicas desde cedo. Baseado em VIZZOLTO (1987), salienta que

diferente do feiticeiro que consumia drogas em uma cerimônia para mistificar sua imagem e viver uma proximidade com suas entidades divinas, o homem ingere a droga ou para relaxar seu sentimento censor e integrar-se aos sentimentos de alegria do grupo festivo ou por mera esperança de aceitação e aprovação pelo grupo (CORRÊA, 2000, p.34).

- ◆ Uso medicinal – quase todas as substâncias psicoativas conhecidas, em algum momento da história da medicina, foram utilizadas na tentativa de cura ou amenização do sofrimento humano. Temos como exemplos a maconha (anticonvulsante, antiasmático, pré-analésico); a cocaína (anestésico); a morfina (anestésico, analésico); as anfetaminas (antidepressivo); o álcool (lenitivo, antisséptico), entre outras.
- ◆ Fatores políticos e de dominação – sinônimo de poder para os que detém grande posse e controle dessas substâncias. O Almanaque Abril 98 traz a informação de que diversas organizações ditas criminosas (como os cartéis na América Latina, tríades na Ásia, máfias na Federação Russa e nos Estados Unidos) gerenciam o mercado de drogas. São caracterizadas por um controle centralizado nos altos escalões e por uma divisão de funções nos níveis mais baixos. Dispõe de especialistas (químicos, pilotos, peritos em comunicação, contadores, advogados, seguranças e assassinos profissionais), atuando em diferentes etapas do tráfico. O mesmo material traz a denúncia de que, em alguns países, são pagas pessoas do alto escalão do governo pela garantia de estabilidade do negócio. Citam, como exemplo, o caso ocorrido em 1996, na Colômbia, em que o presidente Ernesto Samper foi acusado de ter sua campanha eleitoral financiada pelos grandes cartéis; e o caso ocorrido em 1997, no México, em que o general Jesus Gutiérrez Rebollo – chefe do combate às drogas no país – foi preso por receber suborno dos traficantes.
- ◆ Fatores econômicos – são considerados homéricos os números e cifras relacionadas a essas substâncias, havendo já uma cultura conhecida universalmente, a da “lavagem de dinheiro”, artifício que se torna um facilitador à legalidade dos valores conseguidos com o tráfico através das operações financeiras. De acordo com dados do Programa das Nações Unidas para o Controle Internacional de Drogas (UNDCP), contidos no Almanaque Abril 98, o tráfico, nesse período, estava movimentando aproximadamente 400 bilhões de dólares ao ano, valor que equivaleria, nesse mesmo período, a cerca de 8% do total das exportações mundiais. Logo, o lucro gerado pelo tráfico cobre facilmente o custo das cargas confiscadas pela polícia.
- ◆ Controle e normatização – há muito tempo, em diversas culturas, procurava-se manter o controle ao abuso de algumas substâncias. Mas foi somente a partir do último século que se criou uma legislação específica baseada no Direito Internacional, buscando-se uma compreensão acerca do assunto de forma mais universalizada. Por outro lado, percebe-se que, cada vez mais, tem-se utilizado artifícios tecnológicos para a síntese de substâncias psicoativas em laboratório, visando burlar a lei, ao menos por algum tempo. Também, como

já referido, esse é um mercado muito grande, potente e organizado (ver mapa de produção e comércio no mundo – ANEXO 3), de forma que essa estrutura dificulta o controle. No estudo de CORRÊA (2000, p.3), consta uma declaração de Carazzai (1999), membro do Conselho Nacional de Entorpecentes, referindo que

o Brasil é atualmente a principal rota de exportação de cocaína na América Latina (...). O submundo da cocaína produziu uma novidade assustadora (...). Brasileiros que trabalhavam para contraventores colombianos decidiram montar as próprias máfias para comandar uma fatia do “negócio mais rentável do planeta”

Segundo dados contidos no Almanaque Abril 2002, o relatório da CPI do Narcotráfico, apresentado em 2000, revelou o Estado de São Paulo como principal porta de entrada, no Brasil, de cocaína, maconha e crack, provenientes da Colômbia, Bolívia e Paraguai, devido à extensão da rede rodoviária das grandes cidades, do mercado financeiro e dos aeroportos e portos, como o de Santos, de onde as drogas podem ser embarcadas para a Europa e para os Estados Unidos. As drogas entram em São Paulo por via aérea, com paradas em Mato Grosso do Sul. São recebidas e distribuídas por bases operacionais estabelecidas em seis regiões, que abrangem 15 municípios paulistas. Para tal, o narcotráfico financia a conservação de dezenas de aeroclubes e centenas de pistas de pouso e decolagem no Estado, sendo a maior parte delas clandestinas. O relatório também apontou os principais chefes do crime organizado, dentre os quais estão empresários ligados a agências de automóveis, empreendimentos imobiliários, empresas de sorteios, que facilitam a lavagem do dinheiro. O mesmo relatório revela que, diante de todas essas informações a Polícia Civil e Militar, tradicionalmente consideradas, ao lado do Estado, responsáveis pela segurança pública, têm sua atuação prejudicada pelo medo da retaliação contra si e seus familiares, e por corrupção.

Outros fatores considerados significantes à indução do consumo de drogas foram encontrados após a revisão da produção de diversos autores, como Corrêa (2000), que descreve causas de ordem social e pessoal para o início do uso tais como: curiosidade, vontade de ampliar as percepções, busca de prazer, auto-afirmação, poder, liberdade, influência de amigos, sentimentos negativos, entre outros. Ao avaliar tais aspectos, considerou as causas díspares, sendo algumas concernentes à própria natureza humana, e outras

inerentes à sociedade moderna, tecnocrata e de consumo. Há como que um “esvaziamento do sentido de viver”, gerando imediatismo, medo, solidão, tédio, frustração, agressividade e conflito, o que leva a pessoa a procurar algo para livrar-se de suas ilusões. (CORRÊA, 2000, p.41).

Alguns autores abordados por Corrêa (2000) referem que as drogas podem afetar o que o homem sente, sendo este um dos seus maiores atrativos. Esse pensamento me faz lembrar de um profissional da área da psiquiatria que, em meio a um Seminário, expôs que hoje é inegável a sensação de prazer, ainda que momentânea, proporcionada pelo uso da droga. E de um dependente químico, em processo de recuperação, que dizia que enquanto utilizava as drogas, tudo era maravilhoso. O problema se instalou a partir do momento em que a droga começou a usá-lo. Ou seja, o ex-usuário se referia ao que, cientificamente, é chamado de substituição do comportamento, antes prioritário, pelo uso da substância psicoativa.

Qualquer palavra ou aspecto utilizado para qualificar o uso das drogas, por si só, não diminui a complexidade da questão, apesar das várias explicações encontradas na literatura específica. E lembra que:

O pesquisador de laboratório se interessa pela neuroquímica e a influência da droga na transmissão do impulso nervoso, assim como pelos mecanismos que determinam a tolerância e a síndrome de abstinência. O psicólogo enfatiza o caráter do comportamento que surge com a farmacodependência, considerando a experiência da droga como elemento de reforço que leva ao hábito, vendo também o problema sob o enfoque da aprendizagem que se produz quando as síndromes de abstinência são atenuadas por uma dose suplementar de droga. O sociólogo procura compreender as causas sociais do consumo de drogas, as pressões exercidas por certos grupos e natureza do meio social que de alguma forma predispõe ao uso de drogas. O antropólogo acentua o simbolismo da droga e considera que os ritos e as situações ligadas ao uso estão enraizadas na cultura dos indivíduos (CORRÊA 2000, p.36).

O mesmo autor, bem como outros, consideram que o esforço desafiador da compreensão do uso das drogas e da farmacodependência exige que se ultrapassem as explicações unidimensionais, abrangendo o todo até se chegar ao real motivo.

2.2 A INSTALAÇÃO DA DEPENDÊNCIA

A ciência ainda não consegue identificar entre os diferentes sujeitos qual vai desenvolver a dependência ou não. Aos fatores determinantes à instalação da mesma após a experimentação não há uma explicação simples ou única. Como mostrado anteriormente, a própria experimentação, que seria o marco para um futuro desenvolvimento ou não da dependência, não se apresenta através de um único determinante, mas, sim, através da interação de uma série de fatores.

De acordo com Kalina (1986), referida na produção de CORRÊA (2000), o surgimento da dependência em relação ao uso de drogas ocorre em função da ação conjunta de três características: pessoais e antecedentes, meio sociocultural geral ao qual o usuário pertence e farmacodinâmica da droga em questão, levando-se em consideração a quantidade usada, a frequência e a via de administração (ingestão, inalação ou injeção).

Andrade, Castel, Hochgraf (1995, p.122), inseridos em uma linha mais biologicista, de um modo geral, não se diferem quanto ao posicionamento contido no parágrafo anterior. Referem que, para avaliar a instalação da dependência, “o certo é que pelo menos três níveis devem ser considerados: a droga em si, as características do indivíduo e do meio ambiente”.

Entre a dependência severa e o uso de substância psicoativa existe um *continuum*, quer dizer, não há uma fronteira nítida entre o que é o simples uso e o que é a dependência, havendo uma série de estados intermediários, com denominações algo imprecisas: uso de risco, abuso, uso problemático, uso prejudicial, etc. (...) É importante salientar que os dependentes são um subgrupo dos usuários, quer dizer, apenas uma parcela das pessoas que experimentam uma droga vai se tornar dependente. (ANDRADE, CASTEL, HOCHGRAF, 1995, p.122).

Os autores referem que, dentre os demais aspectos, é necessário considerar a droga em si. Apontam para as várias evidências que conferem às drogas diferentes capacidades de desenvolver a dependência nos usuários. Há também a variável da via de administração, sendo a endovenosa (EV) considerada de início de ação mais rápida, e aparentemente, a que se associa mais facilmente à dependência. Os efeitos obtidos pela via pulmonar, pela grande superfície de absorção, se comparam aos obtidos pela EV. Outro aspecto considerado na avaliação da instalação da dependência, pelo tipo de droga utilizada, poderia ser feita através da proporção de usuários. No entanto, considera-se que este aspecto possui limitação prática, já que, quando se trata de drogas ilícitas, a obtenção de informações confiáveis e de voluntários para estudos epidemiológicos torna-se difícil. Mesmo assim, atualmente, considera-se a cocaína, inalada ou injetada, uma das que apresentam maior capacidade de se associar em dependência.

Após vários estudos e experimentos, as drogas receberam classificações de acordo com a ação que exercem sobre o sistema nervoso central. É importante lembrar que os efeitos podem variar, não só de acordo com o tipo de substância utilizada, mas, também, pelas condições gerais do organismo do usuário e ao ambiente a que este último está submetido. Logo, quanto à classificação, temos:

- ◆ Grupo das substâncias depressoras: diminuem a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais lentos (ex.: álcool, tranquilizantes, ópio e seus derivados, morfina, heroína);
- ◆ Grupo das substâncias estimulantes: ao contrário do primeiro grupo, aumentam a atividade cerebral, deixando os estímulos nervosos mais rápidos. Excitam em especial as áreas sensoriais e motoras. (ex.: anfetaminas, cocaína e seus derivados como o crack);
- ◆ Grupo das substâncias perturbadoras: sob o efeito destas, o cérebro passa a funcionar fora do seu estado normal. Não alteram a velocidade dos estímulos cerebrais, mas causam perturbações. Em muitos casos, apresentam efeitos alucinógenos. (ex.: maconha, haxixe, LSD, solventes orgânicos como a cola de sapateiro);
- ◆ Drogas com efeito misto: São as que combinam dois ou mais dos efeitos descritos anteriormente. Temos, como exemplo deste grupo, o Ecstasy, que provoca, concomitantemente, efeitos estimulantes e alucinógenos.

Quanto às características do usuário, como sendo possíveis contribuintes à instalação da dependência, existe a hipótese de um fator genético predispondo o desencadeamento da mesma.

De acordo com a obra *Psiquiatria Básica*, no capítulo que trata dos Transtornos psiquiátricos associados ao uso de substâncias psicoativas, “a frequência de pais separados entre a população de dependentes é maior que na população geral”. No entanto, refere que é necessário cautela na interpretação de alguns dados.

Uma conclusão apressada seria que a separação dos pais favorece o desenvolvimento na dependência dos filhos. Devemos ponderar, entretanto, que pessoas com alterações psiquiátricas, transtorno de personalidade, por exemplo, têm maior dificuldade em manter uniões estáveis. Como tais problemas têm também ocorrência familiar e se correlacionam positivamente com dependência de drogas, não podemos ainda afirmar que a separação em si seja o fator predisponente. (ANDRADE, CASTEL, HOCHGRAF, 1995, p.123).

O mesmo trabalho traz a informação de que existem teorias que relacionam a dependência ou o uso de substâncias psicoativas à estruturação familiar, priorizando o papel desempenhado pela figura paterna. No entanto, consideram que, “embora atraentes demais do ponto de vista teórico, carecem de demonstração empírica que as apóie” (idem, p.124).

Outro aspecto considerado no dependente químico se refere à maior prevalência de outros transtornos psiquiátricos em comparação com a população geral. Não se tem definido se tais aspectos são atribuídos ao uso crônico ou preexistência que predispõe ao uso. Entre esses transtornos, estão citados o déficit de atenção com hiperatividade, transtornos afetivos, depressão, doença afetiva bipolar, transtorno de personalidade.

No que se refere aos fatores determinantes ligados ao meio, os autores consideram que, dentre outros, um dos primeiros a ser considerado é a disponibilidade, incluindo preço e outras condições para obtenção. Após esta, citam o círculo social em que o usuário está inserido, influenciando diretamente no incentivo ou não ao uso e à continuidade. Nesse contexto, também mencionam o ambiente familiar. Constata-se, não havendo explicação puramente genética, que com o uso ou dependência das drogas pelos pais, a prole tem maior chance de passar pelas mesmas situações.

A OMS considera, ainda, que não se pode definir o abuso de drogas somente em função da quantidade e frequência do uso. Logo, desde janeiro de 1996, o diagnóstico da dependência deveria se dar na ocorrência de três ou mais sintomas ou sinais descritos abaixo:

- ◆ Forte desejo ou compulsão em consumir a substância;
- ◆ Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu início, término ou níveis de consumo;
- ◆ Finalidade do uso da substância, tendo o usuário consciência de que tal estratégia é efetiva;
- ◆ Abstinência fisiológica, coma cessação ou redução do uso;
- ◆ Evidência de tolerância;
- ◆ Estreitamento do repertório de uso da substância, a despeito do que socialmente se considera aceitável;
- ◆ Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos;

◆ persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências nocivas.

Andrade, Castel, Hochgraf (1995, p.121) consideram o conceito de farmacodependência, utilizado pela OMS (apresentado no início do capítulo 1), pouco operacional. Expressam, enquanto profissionais da psiquiatria, a necessidade de critérios operacionais “que auxiliem, na prática clínica diária, a identificar os farmacodependentes de maneira consoante com a comunidade científica”. Por esse motivo, voltam-se mais à conceituação do CID-10, apresentado no item 2.1, e comentam:

Definir a síndrome a partir de fenômenos fisiológicos, comportamentais e cognitivos que demonstram o papel central da droga na vida do indivíduo facilita a criação de critérios operacionais para que os diagnósticos sejam mais homogêneos em diferentes circunstâncias clínicas.

Uma visão sociológica descrita por Nicastrì (1993), conforme o estudo de BÜCHELLE (2001), retrata a dependência em termos de um papel de doença, que é criado pela expectativa da sociedade, instituições e imagens que se tem do uso de drogas. Nesse caso, o comportamento, a carreira do uso e a possibilidade de recuperação do usuário de drogas são moldados pelas crenças compartilhadas e expectativas que envolvem o usuário e pelo grau em que ele aceita o rótulo de doença.

O mesmo estudo traz uma *visão psicanalítica em que a dependência é vista como “um sintoma de conflito psicológico subjacente, ou de uma personalidade previamente vulnerável”* (NICASTRI apud BÜCHELLE, 2001, p.20). Assim, sintomas da dependência, por exemplo, a perda de controle, são definidos como construções sociais que funcionam conforme os interesses do dependente e da sociedade, uma vez que fornecem uma fuga da condenação moral e à sociedade uma justificativa para alternativas mais humanitárias para sanções legais.

2.3 TRATAMENTO

Após o diagnóstico, as Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas indicam que se trabalhe a motivação do paciente e sua família para o engajamento no processo terapêutico. As experiências diárias mostram ao profissional da saúde que uma postura tranqüila e desmitificadora facilitará o diálogo e o tratamento, já que são inúmeros os problemas que marcam a vida desses usuários (justiça, segregação social, comprometimentos físicos e psíquicos, etc) e deverá ser trabalhado com o mesmo o fato de que grande parte desses problemas só se agravarão com a continuidade do uso.

A partir daí, são fixados os objetivos e modalidades do tratamento, procurando-se respeitar a voluntariedade do mesmo, a não ser que haja indicação compulsória médica.

O tratamento pode ocorrer com a abstinência imediata total de todas as drogas, ou com a redução gradativa. Também é dependente do grau de intoxicação e do estado de saúde geral do paciente, a indicação do local de tratamento, podendo variar entre internação em unidades de desintoxicação em clínicas especializadas ou hospitais gerais, em ambulatórios, fazendas terapêuticas.

As Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas consideram que os leitos devem ser reservados para os casos realmente graves, visando a maior brevidade de hospitalização possível. Quanto à desintoxicação, lembram que, para esse procedimento, a disponibilidade do paciente é essencial, e que consiste num processo psicobiológico, sendo

que a intensidade do sofrimento está diretamente ligada ao padrão de uso. Por esse motivo, os pacientes devem ser devidamente alertados sobre os sintomas que poderão ocorrer, para que suportem bem a crise. Algumas substâncias podem exigir uma abordagem medicamentosa, contudo, devem ser evitadas ao máximo. Quanto ao atendimento durante e após a desintoxicação, há indicações para que seja feito prioritariamente em grupos, viabilizando-se a troca de vivências. Quanto ao atendimento individual, não existe contra-indicação, porém, é pouco provável que exista equipe e tempo suficientes.

O mesmo material salienta que, na abordagem do paciente e da família, é preciso considerar que ambos procuram o tratamento motivado por pressões e expectativas diferentes e que a busca ao tratamento pode se dar de forma espontânea ou em situação de crise. A atenção ao relato e adequação nas colocações, por parte do profissional, permite que o paciente se sinta respeitado e com poder de decisão sobre a própria vida. A família, de um modo geral, quer saber quem é o culpado pelo desencaminhamento do usuário e descobrir onde errou na relação com o mesmo.

Quanto à participação comunitária na abordagem do abuso de drogas, a mesma deve ocorrer desde o tabagismo até o uso de anfetaminas, tranqüilizantes, álcool e drogas ilícitas. Dessa forma, é preciso esclarecer três questões básicas: que drogas existem na comunidade e o que significam; como a comunidade vivencia o problema do uso de drogas; quais as alternativas de abordagem desse tipo de problema nesse ou naquele grupo comunitário específico.

Segundo Corrêa (2000), o Brasil, via Governo Federal, tem investido muito mais em prevenção (do Ministério da Saúde, Organizações não Governamentais - ONG's - e órgãos internacionais), do que em recuperação. No entanto, dados mostram que o número de adeptos ao uso é cada vez maior.

Neste enfoque, não podemos nos prender às diretrizes norteadoras preconizadas pelo Ministério da Saúde e desconsiderar que o sistema de saúde, no Brasil, historicamente, tende a trabalhar na perspectiva da ação curativa, e, no caso da saúde mental, na perspectiva de reinserção social, como forma de manter a ordem vigente. A partir disso, podemos verificar que os programas oficiais de prevenção buscam amedrontar as pessoas, visando garantir a rejeição ao consumo em dissonância com uma sociedade onde o consumo de drogas lícitas é reforçado a todo momento.

A ação preventiva, de acordo com Büchelle (2001), precisaria considerar os contextos histórico, econômico, sócio-cultural, nos quais está inserida a população alvo, bem como o conhecimento objetivo da realidade do consumo e das motivações que a sustentam. Assim,

seria primordial considerar as estruturas sistêmicas dos estados e municípios, bem como a organização curricular das escolas e as ações humanas nelas vivenciadas, rompendo com o modelo atual, centrado praticamente nas ações informativas e punitivas.

Retomando o tratamento após instalação da dependência, gostaria de retomar a observação de que os leitos devem ser reservados aos casos realmente graves, visando a maior brevidade possível na internação. Essa observação nos remete a enfatizar que aparentemente a preocupação maior não está voltada ao reconhecimento dos agravantes da mesma sobre os sujeitos, ou pacientes, mas, sim, ao aspecto econômico. Ao acompanhar os casos que chegam na triagem do IPQ, percebe-se que ao dependente químico em que não for constatada, normalmente via saber médico, a necessidade de urgente internação em unidades de desintoxicação ou acompanhamento (devido à necessidade de tratamento medicamentoso ou psicológico) nos centros de referência (CAPS, NAPS), normalmente restam as irmandades do Alcoólicos Anônimos (AA) e Narcóticos Anônimos (NA) ou as fazendas de recuperação, muitas vezes, de cunho religioso.

É necessário expor, aqui, que não me refiro à maior ou menor contribuição dessas instituições no processo de recuperação da dependência química. Mesmo porque não se tem um padrão de atendimento reconhecido como eficaz em todas as situações, mas, sim, um processo de recuperação que é constante (se considerar que a doença estaciona, mas não tem cura, nem fim de tratamento), em que cada paciente se identificará com algum dos tipos de abordagem oferecidos, particular, de cada local. Profissionais da área acreditam que para quem quer realizar o tratamento existem possibilidades. Enfatizam que a grande questão está no “querer”, já que é comum dentre as características da doença (citadas no sub-item intitulado – A instalação da dependência) a negação da mesma. A complexidade que a envolve explica as múltiplas abordagens utilizadas para identificação e tratamento da dependência química.

Serão apresentadas, agora, algumas características da Unidade de Dependência Química do IPQ, local onde foi realizado o meu estágio obrigatório, para que finalmente possamos fazer uma leitura dos casos dos adolescentes internados na unidade no ano de 2000.

2.3.1 A Unidade de Dependência Química (UDQ)

Sob a luz dessas orientações encontram-se as diretrizes da Unidade de Dependência Química (UDQ), do Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ), onde foi realizado o meu estágio e o direcionamento do estudo voltado aos adolescentes.

Assim, o Programa da UDQ direciona o atendimento aos pacientes dependentes de álcool e outras drogas, objetivando a desintoxicação, o tratamento da dependência e encaminhamento ambulatorial, através da prestação de assistência integral, considerando os aspectos biológicos, sociais, psicológicos e comportamentais da doença.

Para o desenvolvimento desse trabalho, conta com uma equipe multiprofissional composta por duas assistentes sociais, duas enfermeiras, um psicólogo, uma terapeuta ocupacional, cinco médicos psiquiatras e atendentes que se revezam em diferentes plantões. A capacidade máxima de atendimento é de 38 pacientes, sendo que normalmente todos os leitos permanecem ocupados.

São atendidos, nessa unidade, pacientes do sexo masculino, maiores de 18 anos. Os mandatários com idade inferior só são internados mediante autorização ou determinação judicial. As mulheres que necessitam de internação em decorrência do uso abusivo de álcool ou outras drogas são encaminhadas à 5ª enfermaria feminina da instituição. Esta é destinada ao controle de surtos psicóticos (crises agudas), não sendo oferecido nenhum programa voltado especificamente ao tratamento da dependência química. As pacientes passam por um processo de desintoxicação e recebem orientação para continuidade ao tratamento em nível ambulatorial e/ou grupos de auto-ajuda, que possam propiciar-lhes benefícios maiores.

O período de internação é de, em média, 21 dias, em que o paciente passa por um processo de desintoxicação. Nos primeiros dias, podem ocorrer as crises de abstinência (expressões, respostas do organismo à falta da química antes fornecida). É comum que apresentem altos níveis de ansiedade, sendo esta também considerada consequência da falta do uso das drogas. Diante disso, estimula-se a participação nos grupos e outras atividades oferecidas pela unidade. Nesses grupos, o coordenador precisa de muita habilidade e argumentos pela característica de alguns pacientes de induzir os demais à não participação ou tentativa de derrubarem o que está sendo dito através de perguntas desafiantes.

A metodologia de trabalho é direcionada basicamente às ações terapêuticas, sócio-educativas e trabalho com redes, através de:

- ◆ *Seminário diário*, abordando a dependência química e suas implicações, ministradas pelos técnicos da unidade, Psicólogo, Enfermeira, Assistente Social e Médicos;
- ◆ Grupo de Vivência, realizado diariamente com o objetivo de motivar o dependente químico ao processo de recuperação, coordenado por facilitadores;

- ◆ Grupo motivacional, realizado por membros do Alcoólicos Anônimos (AA) aos domingos, objetivando o ingresso do dependente químico aos grupos comunitários;
- ◆ Assembléia geral, realizada semanalmente, coordenada por técnicos da Unidade com a finalidade de informar os pacientes sobre as normas e rotinas da Unidade, bem como organizar e distribuir atividades, criando, assim, um ambiente saudável e terapêutico;
- ◆ Grupo semanal com familiares, nas 5ª feiras – 9:15 às 11:30, coordenado pelo Serviço Social, Enfermeira e Psicólogo, com o objetivo de orientá-los quanto ao processo de recuperação, motivando-os a participarem do tratamento, bem como quanto ao cumprimento de normas e rotinas da unidade;
- ◆ Atividades de vida diária têm como objetivo resgatar o senso de responsabilidades perdidos ao longo da doença, oportunizando a reinserção social;
- ◆ Grupo de Admissão consiste no atendimento semanal aos pacientes admitidos no decorrer da semana, coordenado pela Assistente Social e Enfermeira, buscando conhecer o paciente, sua motivação para o tratamento e diminuir possível resistência e ansiedades frente à internação;
- ◆ Grupo de alta, realizado 2ª, 4ª e 6ª feira pelo Serviço Social, com a finalidade de orientar e encaminhar o paciente aos recursos ambulatoriais existentes;
- ◆ Grupo de atendimento médico, visando orientar os pacientes a encontrarem soluções sadias para os seus conflitos. Utiliza-se de estratégias diversas com finalidade de propiciar mudanças de comportamento;
- ◆ Grupo de leitura: espaço aberto oferecido aos pacientes para realizarem leituras em uma mini biblioteca, sendo esta estruturada com o objetivo de levá-lo a buscar leituras complementares, incentivando-o a ter um papel ativo na sua recuperação;
- ◆ Grupo de bioenergética é um grupo semanal de terapia corporal. Tem como objetivo estimular o contato corpo-mente saudável. Coordenado por Terapeuta Ocupacional;
- ◆ Grupo de cerâmica: visa expressão, modelagem e produção de peças de argila. É coordenado por Terapeuta Ocupacional.

Resumidamente, poderíamos considerar que a Unidade tem por objetivo a desintoxicação, trabalhando concomitantemente o incentivo à continuidade do tratamento.

Com relação ao trabalho do Serviço Social nessa unidade, tem-se como objetivo adquirir conhecimentos quanto à realidade sócio-familiar dos usuários, para, a partir disso, desenvolver mecanismos que propiciem uma vivência mais humanizada nas relações intra e

extra-hospitalares. Para tal, realizam-se abordagens individuais e grupais e utilizam-se os instrumentos, dentre os quais, alguns estão citados anteriormente.

Dentro desse programa é que estão inseridos os adolescentes cujas características analisadas serão apresentadas a partir deste momento.

3 O ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE DEPENDENTE QUÍMICO

Para redigir sobre este tema, além dos aspectos já trazidos, é necessário ainda abordar os que envolvem a adolescência, reconhecida como fase de mudanças, bem como uma revisão das políticas voltadas à mesma. Para tal, foram selecionados, respectivamente, dois trabalhos: A Tese de Doutorado intitulada “Da Adolescência ao Processo de Adolescer”, elaborada por CADETE (1994) e a monografia intitulada “O Perfil do Adolescente Usuário do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente”, elaborada por CARREIRÃO (1998), cujas considerações estão apresentadas no primeiro sub-item deste capítulo.

O segundo sub-item, traz, especificamente, à análise das internações de adolescentes, no ano de 2000, na Unidade de Dependência Química (UDQ), a partir das informações contidas nos prontuários e direitos estabelecidos no ECA.

Faz-se necessário esclarecer que para ter acesso aos respectivos prontuários (primeiro instrumento de pesquisa), foi necessário identificar os nomes dos adolescentes, já que o fichário (não informatizado) do Serviço de Arquivo Médico (SAME) é organizado por ordem alfabética. Diante disso, recorremos ao Setor Jurídico, onde se encontram arquivados todos os documentos judiciais encaminhados à Instituição, e, os que se referem a autorizações e determinações judiciais, especificamente, estão arquivados, em separado, por ordem alfabética e cronológica. Assim, com o auxílio da profissional responsável por tal Setor, identificamos os nomes dos adolescentes de que necessitávamos, ou seja, os referentes à UDQ no ano de 2000. Em um segundo momento, já com os nomes identificados, nos reportamos ao SAME, e com o auxílio dos profissionais deste, verificamos os números de registro, dos prontuários, através do fichário. Por último, com as devidas informações, resgatamos os prontuários arquivados.

3.1 REVISÃO DOS ASPECTOS BIOLÓGICOS E SOCIAIS DA ADOLESCÊNCIA

De acordo com Cadete (1994), baseada nos estudos de Ariès, a distinção entre infância e adolescência ocorreu a partir do final do século XIX, por influência do estabelecimento progressivo de uma relação entre idade e a classe escolar.

Segundo o mesmo trabalho, a palavra adolescente deriva do latim “*adolescere*”, tendo como significado crescer, ou crescer até a maioridade. A adolescência é interpretada por alguns autores como etapa evolutiva peculiar do ser humano. Ou seja, é a etapa em que se passa da infância à vida adulta, onde culmina todo o processo maturativo bio-psico-social do sujeito. As mudanças ocorridas nesse período levam o adolescente a uma nova postura diante de si, de seus pais, de seus amigos e do mundo. Isso faz com que cada adolescente seja único, constituído na sua história de vida e na incessante busca do vir-a-ser inerente ao ser humano.

A mesma autora faz uma importante referência, com base em CRESPIM (1993), dizendo que:

“Se a adolescência é um conceito, o adolescente é uma pessoa e, como tal, não deve ser confundido com a adolescência”. A adolescência está sujeita a certos determinismos biológicos que regem autoritariamente a maturação do indivíduo em todos os aspectos. O adolescente, ao contrário do que muitos supõe, não é um problema, é uma pessoa, é uma esperança (CADETE, 1994, p.30).

✱ Após este esclarecimento, podemos nos reportar a Carreirão (1998), referindo que o conceito de menoridade, no Brasil de 1988, impedia que se falasse em cidadania. Baseada em Marilena Chauí, cita o estigma impregnado na palavra “menor”, enfatizando que somente pertencendo à classe dominante é que se empregava a palavra criança.

A mesma autora realizou um breve resgate das políticas voltadas aos adolescentes desde o Brasil colônia. Refere que, nesse momento, a assistência à infância (ainda não se falava em adolescência), no Brasil, era determinada por Portugal.

Em 1726, foi criada a primeira Roda dos Expostos, no Brasil, pela Santa Casa de Misericórdia, proposta pelo Vice-Rei da época. Até então, a moral cristã não aceitava filhos nascidos fora do casamento, o que tornava crescente o número de abandonados. A pobreza era outro forte fator de abandono. Formalmente, essas rodas foram abolidas em 1927, porém funcionaram no Rio de Janeiro até 1935, e, em São Paulo, até 1948.

Com a constituinte de 1823, a criança escrava foi indiretamente beneficiada, já que, após o parto, a mãe teria um mês para ficar convalescendo e um ano para trabalhar perto do filho.

Já a Lei do Ventre Livre, de 1871, influenciou no aumento do abandono de crianças. Nesse momento, não interessava aos senhores de escravos mantê-las em suas fazendas, porque mais tarde não poderiam ser utilizadas também como escravos. A Abolição da Escravatura em 1888, proporcionou a estes uma total submissão à miséria. Perderam o total acesso à terra, à educação, à cultura, etc.

No decorrer do século XIX, as ordens religiosas passaram a assumir a função de guarda das crianças abandonadas. Só a partir desse mesmo século é que há evidências de tratamento específico à infância e adolescência.

Com o Código Criminal de 1830 (Império) e o Código Penal (Primeira República), eram regulamentados os procedimentos a serem adotados, em caso de “ação criminosa”, para pessoas com até 17 anos. Já em 1891, foram regularizadas, através do decreto lei 1.313, as ações trabalhistas das crianças e adolescentes absorvidos pelas fábricas. Nesse período, já se apresentavam as primeiras preocupações em conter a “delinqüência” e a “vadiagem” decorrentes do desemprego.

Em janeiro de 1921, foi criada a lei nº4.242, que introduziu a “autorização para organizar o serviço de assistência e proteção à infância abandonada e delinqüente”. Já em outubro de 1927, foi criado o 1º Código de Menores, sistematizando a tutela e coerção pelo Estado.

Com o Estado Novo (1937-1945), surgiu o novo Código Penal, ampliando o limite de irresponsabilidade para os 18 anos. *Em decorrência deste, em 1943, foi realizada uma revisão no Código de Menores, através do decreto lei 6.026, alterando a categoria “delinqüente” para “infrator”, o que acabou cristalizando a visão de menoridade como caso de polícia.*

A criança e adolescente carentes e infratores eram vistos como uma ameaça social e o poder público tinha o dever de regenerá-los e reformá-los pela educação, a fim de devolvê-los à sociedade sem qualquer vestígio de periculosidade, como um cidadão ordeiro, respeitador da lei, da ordem e dos bons costumes. Para esse fim, funcionava, nos anos 50 o Serviço de Assistência ao Menor (SAM) do Ministério da Justiça (CARREIRÃO, 1998, p.11).

A autora se refere a esse serviço como ineficiente, baseada no fato de que era reconhecido pela sociedade como “escola do crime”.

Em 1964, após instalação do Regime Militar, foi publicada a lei 4.513, que continha as diretrizes e bases para uma Política Nacional de Bem Estar do Menor. Para essa finalidade, foi criada a Fundação Nacional de Bem Estar do Menor (FUNABEM), como órgão normativo

federal, denominada Fundação Estadual de Bem Estar do Menor (FEBEM), nos Estados, como órgãos executores.

A autora enfatiza que, com isso, o modelo correccional repressivo, que entendia crianças e adolescentes como ameaça social, foi substituído pelo modelo assistencialista, que passou a entender essa demanda como carente nos aspectos bio-psico-sócio-cultural. Foram adotados, em todo o país, os centros de triagem e redes de internato como modelo básico de atendimento ao público menor. No entanto, Carreirão (1998) refere que o modelo assistencialista da FUNABEM conviveu, durante toda sua vigência, com as práticas repressivas herdadas do SAM.

Na década de 70, surgiu um movimento de educação progressista em que crianças e adolescentes deixaram de ser vistos como um conjunto de carências e passaram a ser percebidos como sujeitos de sua história. Porém, com isso, ainda não foram eliminadas as falhas anteriores. Mas são dessa época as primeiras discussões sobre o problema.

Em 1976, foi realizado, em Brasília, um debate sobre o Crescimento e Desenvolvimento na Adolescência, que deu origem ao Seminário Latino Americano sobre Saúde do Adolescente, ocorrido em 1977, no Rio de Janeiro. Em 78, foi realizado, em São Paulo, o IIº Seminário Latino Americano sobre Adolescência. A partir daí, começaram a surgir propostas para implantação de Programas Regionais, Estaduais e Nacionais para uma ação em prol do bem estar do adolescente.

O novo Código de Menores de 1979 passou a delimitar a ação na assistência, proteção e vigilância a menores em situação irregular, permanecendo forte o papel do Juiz de Menores como tutor e do internato como espaço de ressocialização.

Na década de 80, surge um novo tipo de movimento social. Agentes governamentais e não governamentais passam a insurgir contra o caos existente na área da minoridade. Surgem a Pastoral do Menor, o Movimento Nacional dos Meninos e Meninas de Rua, entre outros. Organiza-se o Fórum Permanente de Entidades Não Governamentais da Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Fórum DCA), reunindo ONG's representativas nessa questão.

✱ A partir de 1988, a Constituição Federal, em seu artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais da criança e do adolescente e atribuiu à família, à sociedade e ao Estado a responsabilidade pelo seu bem-estar. A criança e o adolescente, formalmente, passaram a ter prioridade absoluta.

Em 1990, como resultado da convenção e das demais recomendações da Cúpula Mundial da Infância, realizada no mesmo ano, foi elaborado, no Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA – ver esquema ANEXO 4), e instituído pela Lei federal 8.069/90. O

ECA enfatiza a erradicação da discriminação entre crianças ricas e pobres e atribui ao município o atendimento às necessidades básicas, para que não percam o vínculo comunitário. Prevê ações voltadas à educação e inserção social, sendo que estas devem ser oferecidas, preferencialmente, em meio aberto, e executadas pelo Estado em parceria com agentes ou entidades da sociedade civil. Criam-se os Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente para, em conjunto com o Executivo Municipal, decidir sobre as políticas de atendimento. Esse Conselho tem representantes do poder público e da sociedade civil e é deliberativo (decide, acompanha, controla e fiscaliza a ação). A mediação entre a comunidade local e o Poder Judiciário é de responsabilidade do Conselho Tutelar, com representantes dos municípios.

De acordo com seu Artigo 2º, o ECA considera criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

Em 1991, visando acelerar a execução do ECA no país, cria-se o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda). Dois anos depois, foi instituído o Programa Nacional de Atenção Integral à Criança e ao Adolescente (Pronaica), para articular e integrar ações de apoio sob coordenação do Ministério da Educação.

A partir dessas considerações, vamos analisar a situação dos adolescentes na UDQ, em contrapartida aos direitos estabelecidos em Lei, bem como cogitar acerca de possíveis alternativas para mudanças efetivas de tal realidade.

3.2 AS INTERNAÇÕES DOS ADOLESCENTES NA UDQ

Conforme exposto no sub-item que apresenta a Unidade de Dependência Química (UDQ), nesta são internados somente pacientes do sexo masculino. Todos os casos de adolescentes que serão apresentados a partir deste momento foram internados por autorização ou determinação judicial. É importante observar que, caso não se apresente tal documento, a internação não acontece, até porque os profissionais da Instituição consideram, pelo que se tem mostrado nas práticas diárias, que os programas oferecidos pela mesma não beneficiam tal demanda. Diante das repercussões desta realidade é que se direcionarão as abordagens deste sub-item, que, por sinal, foi o que motivou a elaboração do presente trabalho.

As tabelas foram construídas a partir da pesquisa realizada nos respectivos prontuários dos adolescentes internados na UDQ no ano de 2000. Os dados apresentados serão analisados com auxílio dos artigos do ECA. Este, por sua vez, não apresenta Artigos específicos ao caso

de dependência química, no entanto, é possível prever os direitos diante da situação dos mesmos, a partir dos Artigos que se referem a situações generalizadas.

Por não haver muitos estudos em Santa Catarina, quanto à dependência química ou uso de drogas na adolescência, em alguns momentos, serão confrontados os dados da UDQ e a realidade de outros locais, a título de divulgação de informações e base para análise.

TABELA 1

Panorama de internações de adolescentes na UDQ em 2000.

Mês (2000)	Paciente	Idade	Naturalidade	Procedência	Permanência (dias)
Janeiro					
Fevereiro					
Março	ERA	15	Blumenau	Elumenau	20
	EP	16	Seara	Ouro	38
	OAKJ	15	Blumenau	Elumenau	26
Abril	PRGL	16	São Paulo	Elumenau	28
	SVL	17	Blumenau	Elumenau	57
Maio	ACMM	15	Braço Norte	Braço Nort	21
	ARS	17	Florianópolis	Joinville	39
	ALK	16	Joinville	Joinville	4
	GSF	17	Brusque	Blumenau	26
	NSS	17	Criciúma	Turvo	28
	RF	14	Itajaí	Itajaí	13
Junho	LVM	16	São Paulo	Blumenau	24
	RF*				29
Julho	GSD	16	Florianópolis	Itapema	19
	RF*				25
	WA	15	Piçarras	Piçarras	24
Agosto	FR	17	Joinville	Joinville	20
	JSF	16	Braço Norte	Braço Norte	7
Setembro	MLS	16	Brusque	Brusque	41
	RF*				123
Outubro					
Novembro					
Dezembro					

* Reinternações de RF

De acordo com esta tabela, no ano de 2000, a UDQ atendeu 20 solicitações de internações de adolescentes (ainda que compulsoriamente), sendo que entre estas ocorreram 3 reinternações de RF. Observa-se que, praticamente em todos os meses do ano, a Unidade tinha presente ao menos 1 adolescente.

A idade varia entre 15 e 17 anos, predominando, nesse período, a internação de adolescentes com 16 anos de idade:

- ⇒ 1 com 14 anos,
- ⇒ 4 com 15 anos,
- ⇒ 5 com 17 anos,
- ⇒ 7 com 16 anos.

Este dado torna-se mais preocupante a partir da análise das próximas tabelas que se referem à idade em que começou o consumo, tipo de droga já utilizada e tratamentos realizados anteriormente.

No que se refere à procedência, observa-se que foram encaminhados de várias cidades catarinenses:

- ⇒ 6 por Blumenau,
- ⇒ 3 por Joinville,
- ⇒ 2 por Braço do Norte,
- ⇒ 1 por Brusque,
- ⇒ 1 por Itajaí,
- ⇒ 1 por Itapema,
- ⇒ 1 por Ouro,
- ⇒ 1 por Piçarras,
- ⇒ 1 por Turvo.

Quanto a esse aspecto, faz-se necessário recorrer ao ECA, que atribui ao município o atendimento às necessidades básicas, visando a garantia de que não percam o vínculo comunitário.

Em seu título II – Dos Direitos Fundamentais, o ECA estabelece o direito à saúde desde a fase pré-natal. Em seu Artigo 7º, prevê o direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência. Em seu Artigo 11º, assegura o atendimento médico através do SUS, garantindo o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. E, ainda, em seu Artigo 12º, prevê que os

estabelecimentos destinados à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação da criança ou adolescente.

Outro agravante é o tempo de permanência. Por parte da instituição, a internação está prevista para 21 dias, já que o objetivo principal da Unidade é acompanhar os casos de desintoxicação, que exigem um maior acompanhamento médico (ver sub-item 2.3.1). No entanto, apenas 7 dos pacientes adolescentes permaneceram dentro desse tempo previsto, chegando 1 caso ao total de 123 dias de internação. Esse excedente ocorre devido ao fato de que, *comumente, as determinações judiciais possuem o período pré-estabelecido.*

- ⇒ 7 internações de até 21 dias,
- ⇒ 8 internações de até 30 dias,
- ⇒ 4 internações de até 57 dias,
- ⇒ 1 internação de 123 dias.

É importante enfatizar que a Unidade não dispõe de nenhum tipo de atendimento diferenciado, sendo que os pacientes são incentivados a participarem das atividades que pré-existent (conforme sub-item 2.3.1), também voltadas aos demais pacientes com idade que varia entre 18 a 60 ou 70 anos (não há limite máximo para idade). Representantes dessa Unidade, tendo consciência da não aderência dessa demanda específica a este tipo de Programa, como será mostrado mais adiante, realizam trabalhos de esclarecimento e conscientização junto ao Juizado da Infância e Juventude, para que não realizem os encaminhamentos para a UDQ, argumentando com fatos sobre o baixo índice de benefícios que os mesmos obtêm normalmente. Por um curto espaço de tempo, esse tipo de ação reflete positivamente. No entanto, acredita-se que por falta de locais específicos que absorvam essa demanda, os números de adolescentes internados tornam a aumentar.

Então, caímos em um dilema. Ou a Unidade se molda às necessidades a serem atendidas, lembrando, aqui, que se trata de uma instituição psiquiátrica, e por esse motivo, vêm seguindo as novas diretrizes da Lei 10.216 que redireciona o modelo assistencial em saúde mental, ou os Municípios cujos casos são procedentes encontram outros meios para atender essa demanda.

Em qualquer das duas situações, esta é uma rica e urgente discussão para os Conselhos de Direito da Criança e do Adolescente. Aos municípios onde ainda não foram implantados, com este estudo, tem-se retratado um grande motivo para isso.

Estão postas como diretrizes da política de atendimento, no ECA (Artigo 88), entre outras, a municipalização do atendimento; a criação de conselhos de direito da criança e do adolescente em âmbitos municipal, estadual e nacional, sendo estes órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurados da participação popular paritária por meio de organizações representativas; criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa.

No entanto, podemos verificar, através do ANEXO 5 (Quadro se Conselhos Implantados no Brasil), que o problema maior, em Santa Catarina, não é proveniente da falta de Conselhos.

TABELA 2

Idade com que iniciou o uso X Drogas já utilizadas.

Pete	Idade (1º uso)	Cola	Cannabis	Cocaina Inalada/ Injetada	Crack	Étilicos	Outros
ERA	14		x	x		x	
EP	13		x	x		x	
OAKJ	10		x	x			
PRGL	13		x	x	x	x	
SVL	10	x	x	x		x	
ACMM	12	x	x	x			
ARS	10		x	x	x		
ALK	14		x	x			
GSE	15		x	x	x		
NSS	14		x	x	x		
RF	10			x	x		
LVM	12			x	x	x	x
GSD	14		x	x		x	
WA	11			x	x	x	
FR	14		x	x	x		
JSF	14		x	x		x	
MLS	14		x	x	x		

Quanto à idade com que iniciou utilização de drogas, há contradições nos respectivos prontuários, entre as informações repassadas pelos acompanhantes no momento da internação (normalmente familiares ou representantes do órgão responsável pela mesma) e as repassadas

pelos próprios adolescentes à Assistente Social no Grupo de Admissão. Assim, estão sendo consideradas, para o presente estudo, as informações repassadas pelos adolescentes, no que se refere à idade com que utilizaram drogas pela primeira vez. Temos:

- ⇒ Com 10 anos, 4,
- ⇒ Com 11 anos, 1,
- ⇒ Com 12 anos, 2,
- ⇒ Com 13 anos, 2,
- ⇒ Com 14 anos, 7,
- ⇒ Com 15 anos, 1.

O ECA, em seu Artigo 81, proíbe a venda a crianças e adolescentes de, entre outros, bebidas alcoólicas e produtos cujos componentes possam causar dependência física ou psíquica, ainda que por utilização indevida. Para compreender essa discrepância entre a lei e as informações da tabela, basta rever o primeiro sub-item do Capítulo 2, que trata dos determinantes ao consumo.

* Considerei viável, também, trazer neste momento uma informação contida no Almanaque Abril 2000, fonte caracterizada mais por dados quantitativos do que qualitativos, mas que, no livro que se refere especificamente ao Brasil, na subdivisão de trata de segurança pública (Título Drogas), refere que, tradicionalmente, a resposta que o governo e a polícia têm dado aos consumidores e pequenos traficantes, “tem sido a repressão e a prisão, de forma particular nas comunidades mais pobres”. É enfatizado que “a prevenção do uso e tratamento dos dependentes, medidas estas utilizadas crescentemente na Europa e América do Norte, ao lado de medidas repressivas, ainda são reservadas às classes de alto poder aquisitivo”. Mais adiante, as tabelas mostrarão indícios dessa exposição no tratamento que vem sendo oferecido aos adolescentes no Estado de Santa Catarina.

TABELA 3

Escolaridade

	Ensino Fundamental		Ensino Médio	
	Completo	Incompleto	Completo	Incompleto
ALK		ARS (6 ^a) ACMM (≤8 ^{as}) FR (≤4 ^a)		ERA (1 ^o) EP (1 ^{as}) PRG (1 ^o)

	GSD (6 ^a)	
	GSF (6 ^a)	
	JSF (6 ^a)	
	LVM (3 ^a)	
	MLS (5 ^a)	
	NSS (3 ^a)	
	OAKJ (7 ^a)	
	RF (1 ^a)	
	SVL (7 ^a)	
	WA (3 ^a)	

Comparando esta tabela com a primeira, que traz o panorama de internações de adolescentes na UDQ no ano de 2000, onde consta a idade que os mesmos possuíam na época da internação, é possível perceber que todos estão defasados no que se refere à educação básica. Além disso, a maior parte já desistiu dos estudos.

* Órgãos internacionais, como a Unesco, consideram excelente o percentual de adolescentes brasileiros entre 7e 14 anos na escola. Referem que os índices registrados se aproximam dos países desenvolvidos (informação extraída do Almanaque Abril 2002). Esse tipo de avaliação surgiu com base nas alterações sofridas no sistema educacional brasileiro, a partir de 1996, com o início da vigência da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB). É importante salientar que essa avaliação positiva por parte de órgãos internacionais é baseada apenas nos números referentes à adesão às instituições de ensino e não à qualidade do mesmo.

O objetivo de estar trazendo estas questões a este estudo não é a de, neste momento, aprofundar o debate acerca do ensino, mas, sim, observar que a categoria que estamos analisando também está desprovida desse direito.

TABELA 4

Atos infracionais/ Com quem reside

Adolescente	Ato Infracional	Com quem reside
ERA	Nada Consta	Mãe e seu companheiro (Não conhece o pai)
EP	Nada Consta	País

OAKJ	Furto Agressão física à mãe	(Mãe realiza tratamento psiquiátrico) Mãe e padrasto (Avô dependente de etílicos)
PRGL	Nada Consta	Mãe
SVL	Venda de drogas na escola	Mãe e padrasto (Pai biológico tomou-se morador de rua – Pai biológico e adotivo dependente de drogas)
ACMM	Não especifica qual	Mãe (Pai falecido – Mãe e avô dependentes de drogas)
ARS	Porte de drogas	Abrigo transitório da Prefeitura (Pais falecidos – Mãe adotiva dependente de drogas)
ALK	Nada Consta	Pais
GSF	Não especifica qual	Mãe
NSS	Não especifica qual	Pais
RF	Nada Consta	Não possui moradia fixa. Foi retirado das ruas e possui passagem por várias instituições. Mãe adotiva é falecida. Pai trabalha embarcado
LVM	Furto	Mãe adotiva e seu companheiro (Foi adotado aos 2 anos. Pais adotivos separados há 3 anos. Conhece mãe biológica, mas não possui vínculo - Pai adotivo dependente de drogas)
GSD	Furto na própria residência (nenhum registro de queixa a órgãos responsáveis)	Mãe e Avós (Pai reside em Fpolis – Dependente de múltiplas drogas)
WA	Furto	Mãe (Pai dependente de drogas)
FR	Nada Consta	Pais (Tia que reside na mesma casa, com problemas psiquiátricos)
JSF	Nada Consta	Alterna entre irmã e pais
MLS	Nada Consta	Mãe (Pai falecido – Pais dependentes de drogas – Dois tios na psiquiatria do IPQ)

É preciso esclarecer que a tabela apresentada foi construída abrangendo estas duas categorias, atos infracionais e com quem residem, não com o intuito de direcionar a responsabilidade da família a tal ato. Pelo contrário, deseja-se trazer ao debate alguns aspectos que não podem ser desconsiderados neste momento.

✧ Entende-se como família, conforme MIOTo (in Katálysis, 1998, p.21), “um núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consanguíneos”.

De acordo com aulas expositivas ministradas no decorrer da última fase do curso de Serviço Social (2002.1), com base nas obras de MIOTo, historicamente, a família foi vista como um espaço de cuidado e não como um espaço a ser cuidado. Também é essencial para ações efetivas que se entenda a família como célula básica da sociedade.

Esta tabela vem ao encontro do que Miotto (1997, p.123) nos expõe: Se pensarmos hipoteticamente que “os problemas trazidos diariamente pelas pessoas às nossas instituições estão intrinsecamente relacionados à vida familiar no contexto social brasileiro”, implicaremos “mudanças significativas nas formas de olhar, compreender e intervir nesses problemas”. Explica, ainda, que os espaços institucionais, na maioria, “estão organizados para trabalhar na perspectiva do usuário-problema” e que “os profissionais, zelosos de suas funções nessas instituições, trabalham com as famílias no sentido de atender o objetivo institucional pautado na solução do caso do usuário problema”, de forma que, muitas vezes, “não conseguem perceber que é a família como um todo, e não apenas um membro dela, que necessita de atenção”. Lembra ainda que:

A expressão máxima dessa fragmentação são as dezenas de encaminhamentos que as famílias enfrentam (...) aos mais variados serviços e profissionais para darem conta de seus mais diversos problemas, como se estes não fizessem parte da mesma estrutura

Além de estarmos tratando só do “usuário-problema”, precisamos considerar, também, que este não possui maioridade, o que lhe acaba causando, muitas vezes, o que CARREIRÃO (1998) chamou de errônea conferência de importância menor, por terceiros atrelarem aos seus problemas idéia de transitoriedade. Segundo a mesma autora, “a adolescência da maioria dos brasileiros emerge (...) plena de dificuldades e carências, condicionantes de estigmas e deficiências, de resolução difícil, prolongada e, às vezes, com poucas possibilidades de solução”. Segundo autores abordados pela mesma, essa fase da vida é um “momento crucial

de intervenção para que o indivíduo se torne um adulto protagonista de seu próprio destino, permitindo-lhe exercer seus direitos e cidadania”.

TABELA 5

Registros que caracterizam motivo da internação

Adolescente	Registro
ERA	Faz uso de múltiplas drogas. Refere não conhecer seu pai. Diz que mãe e padrasto são evangélicos e que sua vida em casa é ruim. Mãe atrela a doença à espiritualidade. Já tentou suicídio várias vezes. Responsável pela internação: Mãe
EP	Faz uso de drogas com frequência, mas nega à família. Pacte diz ao médico que sua mãe realiza tratamento psiquiátrico. Adolescente também realizava tratamento psiquiátrico em Curitiba/Paraná. Tomava antidepressivos. Já tentou suicídio algumas vezes. Encaminhado para internação, achando que estava indo a uma consulta (refere que sua mãe mentiu). Responsável pela internação: Pais
OAKJ	Pacte lúcido, orientado. Usuário de múltiplas drogas. Sendo perseguido por traficantes. Respondendo a processo judicial. Mãe refere já ter sido agredida pelo mesmo. Responsável pela internação: Mãe e Comissária da Infância e Juventude
PRGL	Usuário de múltiplas drogas, com prejuízos em todas as esferas do desenvolvimento. Sob efeito das drogas, torna-se agressivo. Já agrediu fisicamente sua mãe. Responsável pela internação: Comissária da Infância e Juventude
SVL	Usuário de múltiplas drogas. Há 4 meses apresentando alteração de conduta, alucinações, delírios, geralmente relacionados ao consumo de drogas. Nos últimos 2 dias, agressivo, desorientado. Responsável pela internação: Mãe
ACMM	No momento, abstinente das drogas. Refere motivação ao tratamento, mas médico triagista considera que foi por força maior do Conselho Tutelar. Responsável pela internação: Mãe e Representante do Conselho Tutelar.
ARS	Sem síndrome psicológica/ abstinência ou depressiva. Há 7 meses abstinente. Responsável pela internação: Fórum de Joinville
ALK	Há 12 dias, sem fazer uso. Internação para desintoxicar. Responsável pela internação: Pai
GSF	Segundo relato da mãe, é agitado, agressivo, já tentou suicídio várias vezes. Responsável pela internação: Mãe
NSS	Usuário de múltiplas drogas. Não apresenta alterações de cunho psicótico. Prejuízo no relacionamento familiar. Acompanhante refere que não tinha limites. Frequentou APAE por 5 anos.

	Responsável pela internação: Pai
RF	Trazido pela polícia civil por determinação judicial. Usuário de múltiplas drogas. OBS: Teve 4 internações no ano de 2000 na UDQ. Responsável pela internação: Juizado da Infância e Juventude
LVM	Usuário de múltiplas drogas. Realiza furtos para sustentar a dependência. Mãe diz que "é de sem vergonha mesmo". Responsável pela internação: Mãe adotiva
GSD	Veio com a mãe. Faz uso de 2 a 3 baseados/dia. Mãe refere queda no rendimento escolar, alterações de conduta. Responsável pela internação: Mãe
WA	Usuário de múltiplas drogas. Pais biológicos separados. Residia com avós. Aos 12 anos, a mãe o levou para residir com a nova família que havia constituído, mas não teve bom relacionamento. Mãe refere que WA vai ao extremo "faz tortura psicológica (...) eu tenho medo dele". Mãe já perdeu 3 empregos devido à dependência do filho. Desfez o 2º casamento e foi residir com o filho. Responsável pela internação: Polícia e Avó materna
FR	Faz uso de múltiplas drogas. É agressivo. Desistiu dos estudos. Disse ao médico e à família que iria fugir da Unidade. Responsável pela internação: Irmãos
JSF	Usa cannabis diariamente e cocaína excepcionalmente. Bom estado físico e nutricional. Segundo irmã, não aceita regras ou limites, possu: dificuldade de relacionamento. Responsável pela internação: Irmã
MLS	Usuário de múltiplas drogas. Comportamento alterado, irritabilidade, ansiedade, insônia. Segundo representante do Conselho Tutelar, mãe possui um namorado que não o aceita. Responsável pela internação: Mãe e Representante do Conselho Tutelar

Além destas categorias já analisadas, precisamos abordar, ainda, a questão dependência química, enquanto doença a ser tratada. Para tal, considera-se primordial que o paciente queira realizar o tratamento, conforme já descrito no capítulo anterior. Essa decisão implica, após realizar uma avaliação dos benefícios e prejuízos que a droga traz a sua vida, procurar orientação para realização do tratamento.

No entanto, conforme observações deste quadro, nas internações dos adolescentes não temos nenhum caso em que a mesma não tenha ocorrido por intermédio de terceiros. Na realidade, diante deste quadro, temos duas situações.

A primeira, mais uma vez, resulta da falta de atenção à família. Esta, sentindo-se responsabilizada pelo problema, ao reconhecer que não dá mais conta da situação, vê como último recurso as internações, na esperança de alcançar bons resultados. No entanto, a probabilidade de início do processo de recuperação é remota, pelo fato de que a consciência

não partiu do “usuário-problema”, e pelo fato de que as internações, na maioria das vezes, não possuem um programa que atenda as necessidades que tal demanda exige. Este torna-se um procedimento recorrente ineficaz, conforme pode ser observado na próxima tabela que traz os tratamentos já realizados.

A segunda situação está intrínseca aos órgãos que viabilizam as internações em instituições inadequadas a essa demanda específica. É reconhecida a carência de locais e programas apropriados para absorver a mesma. No entanto, diante de tantas garantias previstas em lei, ao invés de se cogitar acerca de alternativas, reproduzem-se encaminhamentos a locais cujas ações tratam pouquíssimos benefícios aos usuários adolescentes.

Observa-se que as autorizações e determinações judiciais de internação encaminhadas ao IPQ, muitas vezes, não possuem a justificativa pela internação. Tratam-se apenas de ofícios, muitas vezes, prevendo o período de internação, ou deixando sob decisão da justiça a saída, ou encaminhamento para outra instituição ou programa. Em um primeiro momento, ao olhar somente para a tabela em que consta o tipo de droga já utilizada, subentende-se que é para desintoxicação (conforme proposta da Unidade), e que é mais uma tentativa de prestar assistência diante do insucesso de trabalhos anteriores (conforme Tabela 6). No entanto, ao nos depararmos com o quadro que mostra atos infracionais cometidos e tabela dos registros que caracterizam a internação, acabamos pensando na possibilidade de uma ação “corretiva”.

Segundo informações do Almanaque 2002, os dados do Departamento da Criança e do Adolescente, do Ministério da Justiça, no primeiro trimestre de 2000, havia no país 7.489 adolescentes em regime de internação, 1.050 no de semiliberdade, 12.540 no de liberdade assistida e 1.756 no de prestação de serviços à comunidade. Observa-se, também, que na maioria dos casos, os Estados não dispõem de estrutura adequada à aplicação de medidas sócio-educativas, em regime aberto ou fechado. Além disso, o mesmo material traz pesquisas do NEV/USP, relevando que, na cidade de São Paulo, a aplicação de tais medidas é influenciada, não só pela gravidade da infração, mas pela situação sócio-econômica dos adolescentes.

Assim, percebemos que, diante dessas situações, perde-se o objetivo inicial, previsto em lei, que seria de reintegração social, e se reproduzem as medidas punitivas ao “menor delinqüente”, vigentes no passado, que não é tão remoto quanto deveria.

TABELA 6

Tratamentos realizados

Adolescente	Tratamento
ERA	Vinha sendo acompanhado pelo Conselho Tutelar a pedido da mãe após tentativa de suicídio
EP	1 internação em Curitiba
OAKJ	Vários tratamentos anteriores
PRGL	Vários tratamentos anteriores. Algumas fugas.
SVL	Segundo relato da mãe, nunca realizou tratamento
ACMM	Sim, mas não consta aonde. Ocorreu fuga no 1º dia
ARS	Nada consta
ALK	Várias internações em outros centros de recuperação
GSF	Liberdade assistida. Recusou tratamento no CAP's. Internado no Santa Catarina.
NSS	Rio Maina e outros (não completou nenhum tratamento)
RF	Várias internações. Só na UDQ 4 internações em 2000
LVM	Jovens Livres (fuga) e outros tratamentos
GSD	Ambulatório e grupos do AA e NA na sua cidade
WA	Fazenda terapêutica
FR	Acompanhamento psicológico durante 1 mês. Não quis continuar
JSF	Acompanhado por um psicólogo
MLS	Internado em Blumenau enquanto aguardava vaga na UDQ

Diante de todo o exposto até o momento, temos, por último, a Tabela que revela que estes adolescentes passam por várias instituições; que, provavelmente, não enfrentam realidades muito diferentes da UDQ, refletindo na chegada à maioridade, sem terem tido acesso aos direitos previstos como prioritários. Além disso, vivenciam os estigmas da classificação. Brum, May, Puel (1997) referem que uma pessoa que tem o seu comportamento classificado passa a ter uma vida limitada em todos os aspectos. Os seus atos excluem-na do convívio totalizante, padronizado e aceito como correto, e ela acaba também por excluir-se do mundo como um todo, criando um mundo à parte, onde talvez se sinta mais segura e onde seu comportamento possa continuar sendo variável sem ser taxado como errado.

Finalizando, reporto-me a Cadete (2000), dizendo que o que pode ser observado diariamente é que a condição real do adolescente brasileiro contraria qualquer base legal mencionada. De acordo com sua crítica, “é hora de repensarmos a nossa história e

conclamarmos, cada um, dentro de sua perspectiva e possibilidade, um 'fazer' que redunde em ações efetivas na assistência ao adolescente" (p.35).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após esta revisão, tornou-se possível perceber a relevância das diferentes áreas profissionais na intervenção do processo saúde/doença. Como já explicitado no início deste trabalho, o objetivo do mesmo em aprofundar os aspectos sociais, de forma a contribuir para uma avaliação das nossas ações enquanto profissionais e cidadãos.

Logo, no decorrer da elaboração do mesmo, me transpareceram, basicamente, dois grandes campos de atuação, por sinal, extensos, complexos e relevantes para o profissional do serviço social.

O primeiro, relacionado à atuação no interior das instituições, transcendendo as ações das triagens, das burocracias institucionais e das rotineiras e emergenciais ações prestadas aos usuários, que, historicamente, foram-se consolidando. Faz-se necessária uma constante atuação no sentido de conquistar espaço (dicionando para uma prática interdisciplinar), já que, muitas vezes, outros profissionais, legitimados no poder, criam empecilhos à criação de novas diretrizes para o trabalho.

O segundo está voltado para a articulação de outros programas e instituições. No decorrer do curso, verificamos constantemente o problema da inexistência de uma articulação entre os programas, muitas vezes, sendo repetitivos e ineficientes. Quanto a este, o presente estudo aponta para a necessidade de uma pesquisa, constatando as instituições e serviços existentes no Estado de Santa Catarina, voltados a atender especificamente as crianças e adolescentes usuários de drogas ou já em situação de dependência.

O contexto dos anos 90 nos coloca diante de medidas políticas de cunho neoliberal que, com um discurso de defesa e incentivo ao mercado financeiro, promovem cortes nas políticas sociais. Portanto, as políticas de saúde sofrem restrições impostas pelas condições econômicas. Com a crise do capitalismo, o neoliberalismo surge para garantir a supremacia

dos grupos dominantes. No neoliberalismo, o Estado aplica políticas sociais nas situações mais imediatas, nos setores mais carentes e em tempo limitado. Ações tópicas para conter a pobreza e a miséria, que podem ameaçar e trazer conseqüências que prejudiquem e desestimulem o capital privado.

Além dos aspectos econômicos, precisamos considerar os aspectos políticos. No estudo de SANTOS (1994), já havia uma crítica quanto ao processo de construção da assistência psiquiátrica do país, relacionado-a às relações políticas. Segundo o autor, Estado e psiquiatria estão um para o outro assim como o Estado está para o capitalismo, isto é, um não sobrevive sem o outro. Sua relação é de dependência e reciprocidade. Logo, essa relação de reciprocidade se estende às diferentes esferas do poder, refletindo no descaiso com a construção de políticas públicas.

Com um pequeno recorte do atendimento realizado no decorrer de um ano em uma Unidade de uma das Instituições Catarinenses, foi possível detectar a dimensão do problema acerca da execução das políticas de atendimento voltadas ao adolescente dependente químico ou usuário de drogas.

O Serviço Social, enquanto uma prática profissional engajada na divisão sócio-técnica do trabalho, reconhece a importância da pesquisa social e do compromisso com a cidadania. Nesse sentido, ainda há muito o que se conquistar, privilegiando o espaço da cidadania e da família na promoção da saúde mental.

FONTES BIELIOGRÁFICAS

- ALMANAQUE ABRIL. Ano 24. São Paulo: Editora Abril, 1998.
- ALMANAQUE BRASIL ABRIL. Ano 28. São Paulo: Editora Abril, 2002.
- ANDRADE; CASTEL; HOCHGRAF. Transtornos psiquiátricos associados ao uso de substâncias psicoativas. In: LOUZÁ NETO, et al. **Psiquiatria básica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- BÜCHELE, Fátima. **A embriaguez social do beber**. Tese de doutorado (Enfermagem). UFSC, 2001.
- BRASIL. **Lei nº 10.216 de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.
Disponível em: <http://www.paulodelgado.com.br/mental.htm>.
Acesso em: 21 de abril de 2002.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Coordenadoria de Saúde Mental. **Normas e Procedimentos na Abordagem do Abuso de Drogas**. Brasília, 1991.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Mental. **Normas e Procedimentos na Abordagem do Alcoolismo**. Brasília, 1990.

- BRUM; MAY; PUEL. A doença mental transpondo fronteiras hospitalares: Conceitos diversos sobre Hospital, Loucura, Mundo e Cidadania. In: **Saúde Mental: Transpondo as fronteiras hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- CADETE, Matilde Meire Miranda. **Da adolescência ao processo de adolecer**. Tese de Doutorado (Enfermagem). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1994.
- CARDOSO, Roberta Gabriella. **Unidade de gestão participativa: um espaço para a reabilitação psicossocial de pacientes portadores de transtornos mentais**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). UFSC, 2000.
- CATANEO, Carmine Nunes. **Famílias de Adolescentes dependentes de drogas**. Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). UFSC, 1995.
- CARREIRÃO, Elizabeth Callado de Oliveira. **O perfil do adolescente usuário do programa de atenção integral à saúde do adolescente**. Monografia (Curso de especialização em metodologias de atendimento à criança e ao adolescente em situação de risco). UDESC, 1998.
- CHAGAS, Dolores Reginato. **Cuidado participativo a paciente psiquiátrico: uma construção pautada na teoria de Imogene King**. Dissertação de mestrado (Enfermagem). UFSC, 2000.
- CORRÊA, Rubens Gomes. **Visualizando possibilidades de recuperação do usuário de drogas em grupos focais**. Dissertação de mestrado (Enfermagem). UFSC, 2000.
- Conselhos Implantados**. (Quadro de Índices)
Disponível em: <http://www.mj.gov.br/sedh/dca/conselhos.htm>.
Acesso em: 21 de abril de 2002.
- CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – 12ª Região – Gestão 1996/99.
Coletânea de leis. Agnus Ind. e Ed. Gráfica.
- DIAS, Miriam. Manicômios: sua crítica e possibilidade de recuperação. In: PUEL et al. **Saúde Mental: Transpondo as fronteiras hospitalares**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

- GOMES, Mônica Medeiros. **Programa de alta progressiva: Uma experiência de grupo vivencial.** Trabalho de Conclusão de Curso (Serviço Social). UFSC, 2001.
- HOLMES, David S. **Psicologia dos transtornos mentais**, 2ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- LOUZÃ NETO, et al. **Psiquiatria básica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- LOUZÃ NETO; MOTTA; WANG. História da Psiquiatria. In: **Psiquiatria básica.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- MIOTO, R. C. Tamaso. **Família e Serviço Social.** In: Serviço Social & Sociedade, 55. Cortez. São Paulo, 1998.
- _____. **Família e Saúde Mental.** In: Katalysis, 2. Ed. Da UFSC, Florianópolis, 1998.
- O.M.S. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação Internacional de Doenças.** São Paulo, 1978.
- PERUSI, A. **Imagens da loucura: representação social da doença mental na psiquiatria.** São Paulo: Cortez, Recife: Editora da Universidade de Pernambuco, 1995.
- Programa sócio-terapêutico.** Unidade de Dependência Química (UDQ). Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ). 2001.
- Projeto Terapêutico.** Instituto de Psiquiatria de Santa Catarina (IPQ). 1995-98.
- RAMOS, S. P. et al. **Alcoolismo hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1987.
- SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental.** Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

VASCOCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social: O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

ANEXOS

ANEXO I

Lei 10.216 de 06/04/01



Deputado Federal Paulo Delgado

LEI Nº 10.216 DE 06 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;

IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;

V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;

VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;

VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;

VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

Art. 3º É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Art. 4º A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes.

§ 1º O tratamento visará, como finalidade permanente, a reinserção social do paciente em seu meio.

§ 2º O tratamento em regime de internação será estruturado de forma a oferecer assistência integral à pessoa portadora de transtornos mentais, incluindo serviços médicos, de assistência social, psicológicos, ocupacionais, de lazer, e outros.

§ 3º É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas dos recursos mencionados no § 2º e que não assegurem aos pacientes os direitos enumerados no parágrafo único do art. 2º.

Art. 5º O paciente há longo tempo hospitalizado ou para o qual se caracterize situação de grave dependência institucional, decorrente de seu quadro clínico ou de ausência de suporte social, será objeto de política específica de alta planejada e reabilitação psicossocial assistida, sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisão de

instância a ser definida pelo Poder Executivo, assegurada a continuidade do tratamento, quando necessário.

Art. 6º A internação psiquiátrica somente será realizada mediante laudo médico circunstanciado que caracterize os seus motivos.

Parágrafo único. São considerados os seguintes tipos de internação psiquiátrica:

- I - internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do usuário;
- II - internação involuntária: aquela que se dá sem o consentimento do usuário e a pedido de terceiro; e
- III - internação compulsória: aquela determinada pela Justiça.

Art. 7º A pessoa que solicita voluntariamente sua internação, ou que a consente, deve assinar, no momento da admissão, uma declaração de que optou por esse regime de tratamento.

Parágrafo único. O término da internação voluntária dar-se-á por solicitação escrita do paciente ou por determinação do médico assistente.

Art. 8º 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.

§ 1º A internação psiquiátrica involuntária deverá, no prazo de setenta e duas horas, ser comunicada ao Ministério Público Estadual pelo responsável técnico do estabelecimento no qual tenha ocorrido, devendo esse mesmo procedimento ser adotado quando da respectiva alta.

§ 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.

Art. 9º 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.

Art. 10. Evasão, transferência, acidente, intercorrência clínica grave e falecimento serão comunicados pela direção do

estabelecimento de saúde mental aos familiares, ou ao representante legal do paciente, bem como à autoridade sanitária responsável, no prazo máximo de vinte e quatro horas da data da ocorrência.

Art. 11. Pesquisas científicas para fins diagnósticos ou terapêuticos não poderão ser realizadas sem o consentimento expresso do paciente, ou de seu representante legal, e sem a devida comunicação aos conselhos profissionais competentes e ao Conselho Nacional de Saúde.

Art. 12. O Conselho Nacional de Saúde, no âmbito de sua atuação, criará comissão nacional para acompanhar a implementação desta Lei.

Art. 13. Esta Lei entra em vigor da data de sua publicação.

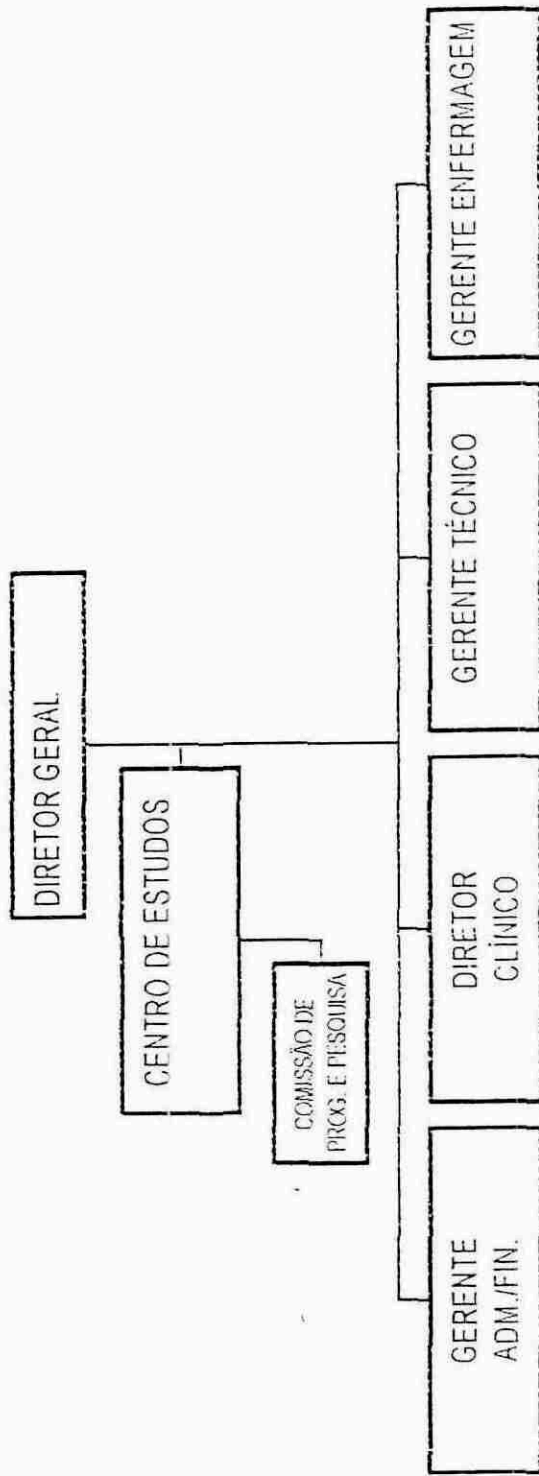
Brasília, 6 de abril de 2001: 180º da Independência e 113º da República

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

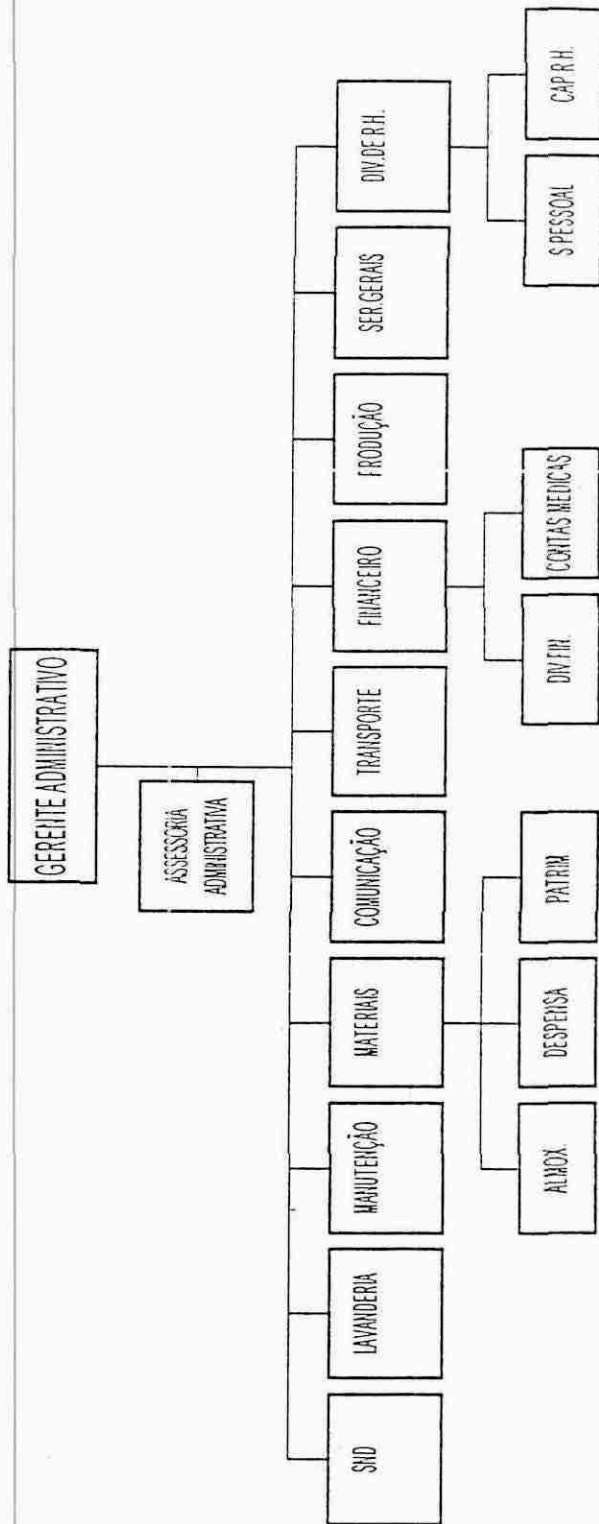
ANEXO 2

Organograma do IPQ

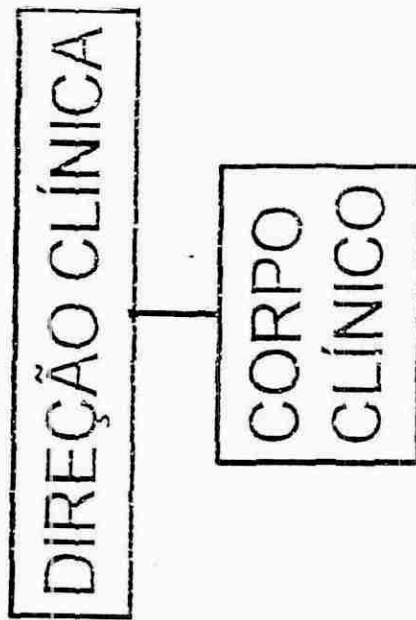
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA
ORGANOGRAMA GERAL-2000



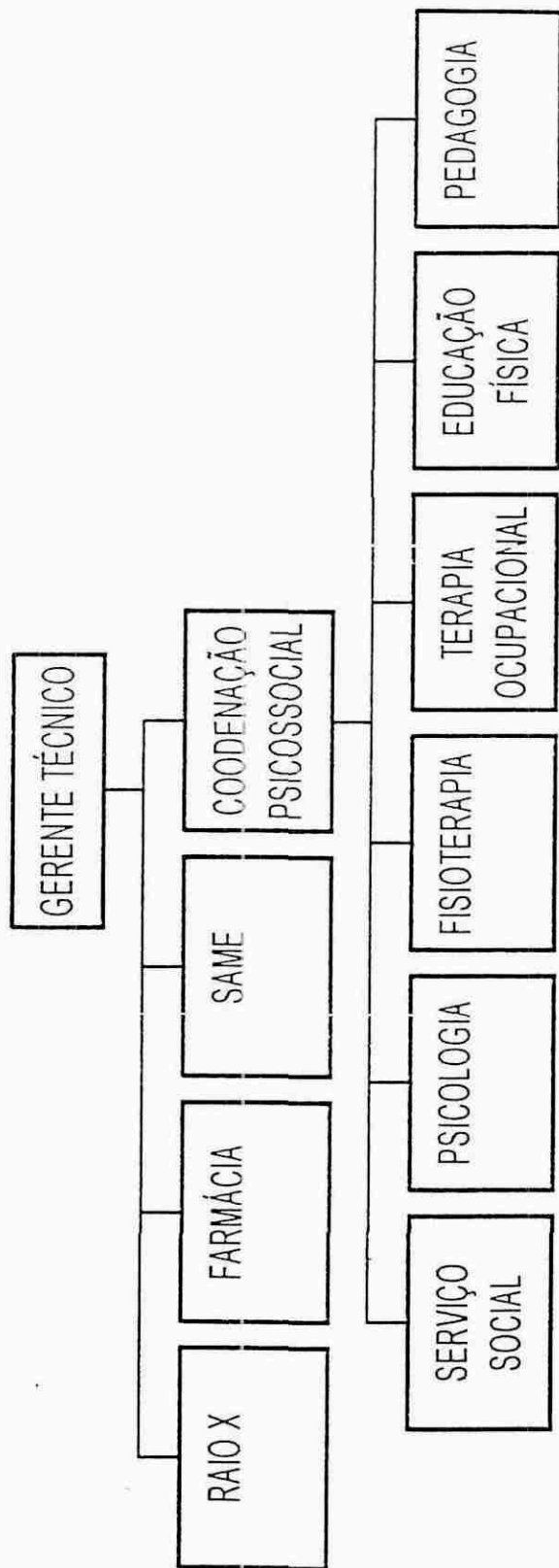
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA
GERÊNCIA ADMINISTRATIVA-2000



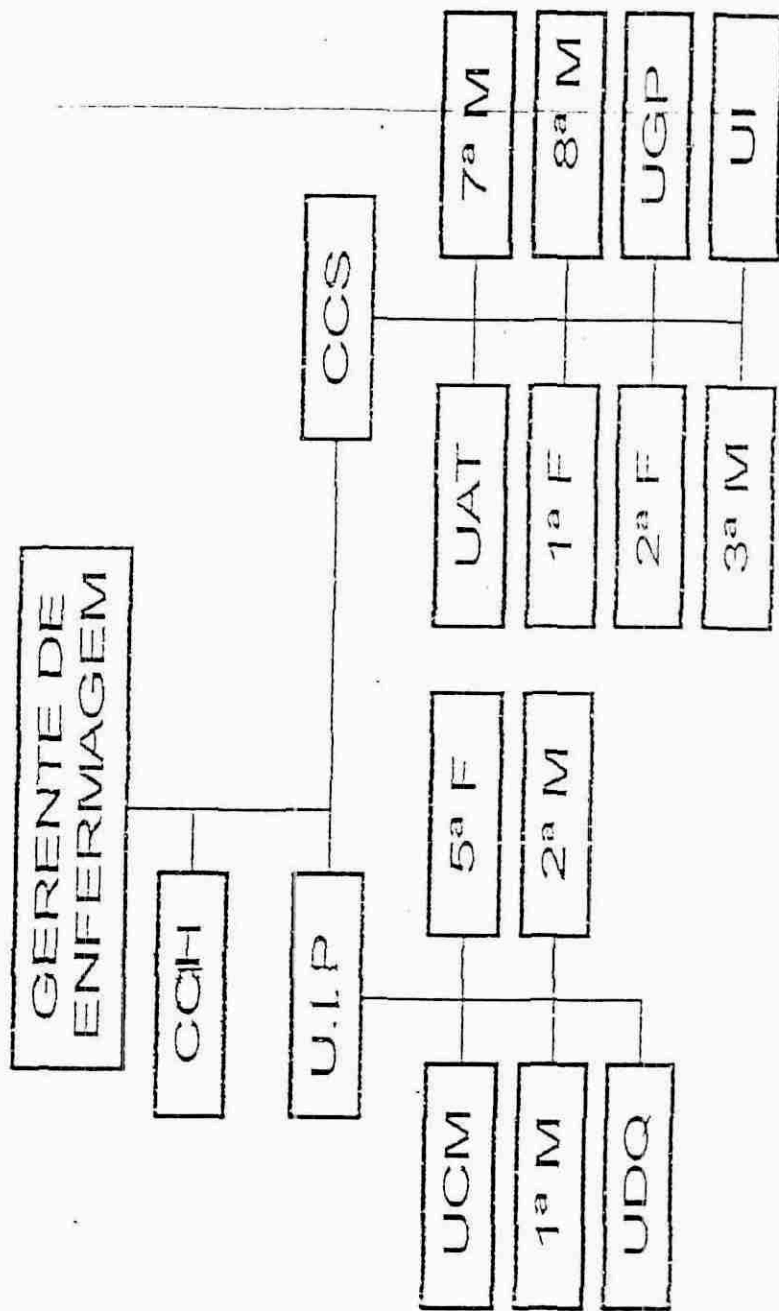
INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA
DIREÇÃO CLÍNICA - 2000



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA
GERÊNCIA TÉCNICA-2000



INSTITUTO DE PSIQUIATRIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA
GERÊNCIA ENFERMAGEM-2000



ANEXO 3

Mapa de produção e comércio de drogas no mundo

PRODUÇÃO E COMÉRCIO DE DROGAS NO MUNDO

Quase todos os países participam do mercado mundial de drogas. Em geral, os países pobres atuam como produtores ou processadores; os ricos, como consumidores. Outras nações servem de corredores por onde as drogas atingem os locais de consumo. A lavagem de dinheiro é feita nos grandes centros financeiros ou paraísos fiscais.



Países e etapas

- País produtor
- País processador
- Corredor de tráfico e/ou fabricantes de produtos químicos
- País consumidor
- Centro de lavagem de dinheiro

Principais drogas e suas rotas

- Cocaína
- Heroína
- Haxixe
- Maconha

Fontes: UNDCP e Departamento de Estado dos EUA

ANEXO 4

Títulos do ECA

Livro I – Parte Geral

Título I – Das Disposições Preliminares

Título II – Dos Direitos Fundamentais

Capítulo I – Do Direito à Vida e à Saúde

Capítulo II – Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à
Dignidade

Capítulo III – Do Direito à Convivência Familiar e
Comunitária

Seção I – Disposições Gerais

Seção II – Da Família Natural

Seção III – Da Família Substituta

Subseção I – Disposições Gerais

Subseção II – Da Guarda

Subseção III – Da Tutela

Subseção IV – Da Adoção

Capítulo IV – Do Direito à Educação, à Cultura, ao Esporte e
ao Lazer

Capítulo V – Do direito à Profissionalização e a Proteção no
Trabalho

Título III – Da Prevenção

Capítulo I – Disposições Gerais

Capítulo II – Da Prevenção Especial

Seção I – Da Informação, Cultura, Lazer,
Esportes, Diversões e Espetáculos

Seção II – Dos Produtos e Serviços

Seção III – Da Autorização Para Viajar

Livro II – Parte Especial

Título I – Das Política de Atendimento

Capítulo I – Disposições Gerais

Capítulo II – Das Entidades de Atendimento

Seção I – Disposições Gerais

Seção II – Da Fiscalização das Entidades

Título II – Das Medidas de Proteção

Capítulo I – Disposições Gerais

Capítulo II – Das Medidas Específicas de Proteção

Título III – Da Prática de Ato Infracional

Capítulo I – Disposições Gerais

Capítulo II – Dos Direitos Individuais

Capítulo III – Das Garantias Processuais

Capítulo IV – Das Medidas Sócio-educativas

Seção I – Disposições Gerais

Seção II – Da Advertência

Seção III – Da Obrigação de Reparar o Dano

Seção IV – Da Prestação de Serviços à
Comunidade

Seção V – Da Liberdade Assistida

Seção VI – Do Regime de Semiliberdade

Seção VII – Da Internação

Capítulo V – Da Remissão

Título IV – Das Medidas Pertinentes aos Pais ou Responsável

Título V – Do Conselho Tutelar

Capítulo I – Disposições Gerais

Capítulo II – Das Atribuições do Conselho

Capítulo III – Da Competência

Capítulo IV – Da Escolha dos Conselheiros

Capítulo V – Dos Impedimentos

Título VI – Do Acesso à Justiça

Capítulo I – Disposições Gerais

Capítulo II – Da Justiça da Infância e da Juventude

Seção I – Disposições Gerais

Seção II – Do Juiz

Seção III – Dos Serviços Auxiliares

Capítulo III – Dos Procedimentos

Seção I – Disposições Gerais

Seção II – Da Perda ou Suspensão do Pátrio
Poder

Seção III – Da Destituição da Tutela

Seção IV – Da Colocação em Família Substituta

Seção V – Da Apuração de Ato Infracional
Atribuído a Adolescente

Seção VI – Da Apuração de Irregularidade em
Entidade de Atendimento

Seção VII – Da Apuração de Infração
Administrativa às Normas de
Proteção à Criança e ao
Adolescente

Capítulo IV – Dos Recursos

Capítulo V – Do Ministério Público

Capítulo VI – Do Advogado

Capítulo VII – Da Proteção Judicial dos Interesses
Individuais, Difusos e Coletivos

Título VII – Dos Crimes e Infrações Administrativas

Capítulo I – Dos Crimes

Seção I – Disposições Gerais

Seção II – Dos Crimes em Espécie

Capítulo II – Das Infrações Administrativas

Disposições Finais e Transitórias

ANEXO 5

Conselhos implantados

Conselhos Implantados

	Existe Conselho Defesa Direitos Infância/Adolescência				Existe Conselho Tutelar				Existem Conselhos da Inf&Adol e Tutelar									
	Sim		Não		Sim		Não		Existem os 2		Só C Inf&Adol		Só Tutelar		Nenhum		Total	
	N	%Lin	N	%Lin	N	%Lin	N	%Lin	N	%Lin	N	%Lin	N	%Lin	N	%Lin	N	%Lin
UF	15	68%	7	32%	12	55%	10	45%	11	50%	4	18%	1	4,50%	6	27%	22	100%
AC	75	74%	26	26%	56	55%	45	45%	52	51%	23	23%	4	4,00%	22	22%	101	100%
AL	38	61%	23	37%	28	45%	34	55%	25	41%	13	21%	3	4,90%	20	33%	61	100%
AM	12	75%	4	25%	8	50%	8	50%	7	44%	5	31%	1	6,30%	3	19%	16	100%
BA	228	55%	185	45%	141	34%	273	66%	114	28%	114	28%	27	6,50%	158	38%	413	100%
CE	167	91%	17	9,20%	123	67%	60	33%	118	64%	49	27%	5	2,70%	12	6,50%	184	100%
DF	1	100%			1	100%			1	100%							1	100%
ES	74	96%	3	3,90%	61	79%	16	21%	61	79%	13	17%			3	3,90%	77	100%
GO	192	79%	50	21%	145	60%	97	40%	139	57%	53	22%	6	2,50%	44	18%	242	100%
MA	122	56%	95	44%	61	28%	156	72%	55	25%	67	31%	6	2,80%	89	41%	217	100%
MG	468	55%	380	45%	329	39%	523	61%	307	36%	161	19%	22	2,60%	358	42%	848	100%
MS	73	95%	4	5,20%	68	88%	9	12%	67	87%	6	7,80%	1	1,30%	3	3,90%	77	100%
MT	120	95%	6	4,80%	117	93%	9	7,10%	116	92%	4	3,20%	1	0,80%	5	4,00%	126	100%
PA	94	66%	48	34%	75	52%	67	47%	66	46%	28	20%	9	6,30%	39	27%	142	100%
PB	122	55%	101	45%	59	26%	164	74%	55	25%	67	30%	4	1,80%	97	43%	223	100%
PE	137	74%	48	26%	64	35%	121	65%	56	30%	81	44%	8	4,30%	40	22%	185	100%
PI	99	45%	122	55%	41	19%	180	81%	38	17%	61	28%	3	1,40%	119	54%	221	100%
PR	390	98%	9	2,30%	385	96%	14	3,50%	378	95%	12	3,00%	7	1,80%	2	0,50%	399	100%
RJ	86	95%	5	5,50%	69	76%	22	24%	67	74%	19	21%	2	2,20%	3	3,30%	91	100%
RN	71	43%	95	57%	53	32%	113	68%	39	23%	32	19%	14	8,40%	81	49%	166	100%
RO	36	69%	16	31%	29	56%	23	44%	27	52%	9	17%	2	3,80%	14	27%	52	100%
RR	13	87%	2	13%	6	40%	9	60%	6	40%	7	47%			2	13%	15	100%
RS	327	70%	140	30%	286	61%	181	39%	275	59%	52	11%	11	2,40%	129	28%	467	100%
SC	288	98%	5	1,70%	280	96%	13	4,40%	275	94%	13	4,40%	5	1,70%			293	100%
SE	66	88%	9	12%	49	65%	26	35%	46	61%	20	27%	3	4,00%	6	8,00%	75	100%
SP	582	90%	61	9,50%	438	68%	204	32%	427	66%	155	24%	11	1,70%	50	7,80%	643	100%
TO	53	38%	81	58%	27	19%	112	81%	23	17%	30	22%	3	2,20%	78	58%	134	100%
Total	3949	72%	1542	28%	3011	55%	2489	45%	2851	52%	1098	20%	159	2,90%	1383	25%	5491	100%

30/05/02