

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

**A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:**

Uma contribuição ao debate

DEPTO. SERVIÇO SOCIAL
DEFENDIDO E APROVADO
EM: 17/02/04

PAULA REGINA MIRANDA


Teresa Kleba Lisboa
Chefe do Depto. de Serviço Social
CSE/UFSC

FLORIANÓPOLIS

2004

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

A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:
Uma contribuição ao debate

PAULA REGINA MIRANDA

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004

PAULA REGINA MIRANDA

**A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:**

Uma contribuição ao debate

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, orientado pela Professora Kátia de Macedo Rebello.

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004

PAULA REGINA MIRANDA

**A IMPORTÂNCIA DA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL NO TRATAMENTO
DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA:**

Uma contribuição ao debate

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Kátia de Macedo Rebello
Presidente



Luciana Francisco de Abreu Ronconi
Professora do Departamento de Serviço Social



Mara Rosângela Lima Pelissari
Assistente Social do Hospital da Polícia Militar de Santa Catarina

FLORIANÓPOLIS, FEVEREIRO DE 2004.

“Morre lentamente quem destrói seu amor próprio, quem não se deixa ajudar. Morre lentamente quem se transforma em escravo do hábito, repetindo todos os dias o mesmo trajeto”.

Pablo Neruda

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me acompanhado e amparado nos momentos em que mais precisei.

Aos meus pais, Aldo (in memoriam) e Ivonete, por terem me dado a vida. A minha mãe, em especial, por ter me ensinado a valorizar os estudos, pelo amor dedicado e pelo incentivo.

Aos meus irmãos, Aldérico e Alexandre, pela união e amor que nos une.

Aos amigos que fiz ao longo do curso, em especial a Rita e a Fernanda, pelos bons momentos que passamos juntas e pelo ombro amigo nas horas de angústia.

Ao Instituto São José, por ter me dado a oportunidade de realizar o estágio e aos profissionais que atuam no Serviço de Dependência Química.

À Assistente Social Fabiana, por ter sido minha supervisora.

À Professora Kátia de Macedo Rebello, por ter feito parte de minha formação profissional e por ter me ensinado no decorrer deste trabalho como orientadora.

Às Assistentes Sociais Luciana e Mara, por participarem de minha banca.

À Gerência de Saúde do Servidor, em especial à Supervisão de Avaliação Psicossocial. Lú, Lena, Ana, Kátia, Fátima e Rita, muito obrigada por terem me ensinado como ser profissional e pelo prazer da convivência de vocês.

À turma de Serviço Social, por termos caminhado juntos nestes quatro anos. Sucesso a nós todos!

Aos professores do Departamento de Serviço Social, pelos ensinamentos.

A todas as pessoas que direta ou indiretamente fizeram parte da minha formação pessoal e profissional.

A todos vocês, muito obrigada.

RESUMO

O presente estudo é um Trabalho de Conclusão de Curso na área de Serviço Social. O tema aborda a dependência química e seu tratamento à luz da Reabilitação Psicossocial. Apresenta o Instituto São José como instituição de tratamento de portadores de transtornos mentais e dependentes químicos, onde se realizou o estágio, bem como a intervenção profissional do Serviço Social no Serviço de Dependência Química. A Dependência Química é uma doença biopsicossocial que leva os indivíduos a usarem substâncias psicoativas de forma contínua e freqüente e atinge diversos aspectos da vida do dependente, dentre eles a saúde, a família e o trabalho. O tratamento, que começa com a abstinência, é uma maneira de minimizar os prejuízos que a doença provocou na vida do indivíduo. Para real efetividade, o tratamento deve contar com a participação de profissionais de diversas especialidades para, junto com o paciente, reconstruir o seu poder contratual ou o seu poder de troca com os mesmos aspectos que foram pela doença danificados. A essa reconstrução alguns autores dão o nome de Reabilitação Psicossocial. Nesse contexto, o Serviço Social se destaca tentando inserir socialmente estes indivíduos através da construção e coordenação de projetos que proponham a garantia e a ampliação da cidadania e o melhor retorno possível à sociedade.

Palavras-chaves: Saúde Mental, Dependência Química, Reabilitação Psicossocial.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	08
1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	10
1.1 Contextualizando um recurso de tratamento: o Instituto São José.....	10
1.2 Demanda atendida.....	14
1.3 O Serviço Social no contexto institucional.....	16
1.3.1 O itinerário do paciente dependente químico e a intervenção do Assistente Social.....	17
2 DIMENSIONANDO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A DEPENDÊNCIA QUÍMICA: POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA	23
2.1 As políticas de atenção à saúde mental: a trajetória e a luta no Brasil pela transformação do modelo assistencial.....	23
2.2 A atual política de saúde mental.....	34
2.3 Saúde Mental versus dependência química – considerações sobre o tema.....	40
2.3.1 Principais aspectos da dependência química.....	44
2.3.1.1 Alcoolismo: a droga de maior consumo.....	49
2.3.1.2 Da prevenção.....	52
2.3.1.3 Do tratamento.....	54
3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA	59
3.1 Reabilitação Psicossocial – considerações.....	59
3.2 O Serviço Social e o processo de Reabilitação Psicossocial no tratamento da dependência química.....	68
CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	83

INTRODUÇÃO

O presente trabalho é requisitado pelo curso de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina para a obtenção do título de Assistente Social. Ele é consequência da experiência em estágio curricular, desenvolvido no Instituto São José, no período de março a julho de 2003. O Instituto São José é um centro de tratamento psiquiátrico e de dependência química e tem como objetivo promover a qualidade de vida, praticando a assistência integral à saúde.

Na realização deste estágio, atuamos junto ao Serviço de Dependência Química da instituição, onde foi possível refletir e observar acerca do tratamento da doença e, da mesma forma, reconhecer a importância do Serviço Social neste processo.

O Serviço de Dependência Química atende pacientes alcoolistas e dependentes de outras substâncias psicoativas e tem como programa terapêutico a desintoxicação, a assistência clínica e psicológica, atividades terapêuticas e a conscientização da doença (dependência química) tanto por parte do paciente quanto de seus familiares, objetivando a abstinência.

Cada vez mais a preocupação com a dependência química tem obrigado governos e sociedade civil a pensarem alternativas de tratamento eficazes capazes de reinserir os indivíduos à sociedade não mais numa visão marginalizada, como habitualmente são vistos, mas como sujeitos sociais, dignos de oportunidades, respeito e acesso às condições de dignidade humana. Essa perspectiva de humanização surgiu com a Reforma Psiquiátrica, que vem retomando a complexidade da saúde mental e da atenção psicossocial a partir de um novo paradigma, onde se privilegia o diálogo interdisciplinar. Neste sentido, grande destaque tem sido dado ao Serviço Social em suas atuações profissionais, implementando e coordenando projetos, dando apoio sócio-educativo,

colaborando no processo terapêutico e trabalhando para que a família e a comunidade possam olhar além da doença e reconhecer o cidadão.

Para melhor entendimento das questões abordadas, este trabalho está estruturado em três capítulos:

No primeiro capítulo, buscamos apresentar a instituição de estágio (seus programas, serviços, etc.), a demanda atendida e o Serviço Social na instituição, especificando o Serviço Social no Serviço de Dependência Química.

No segundo capítulo, abordar-se-á as políticas de atenção à saúde mental e à dependência química – trajetórias e propostas, considerações a respeito da questão social que se apresenta, como prevenção e tratamento da dependência química, além de discorrermos sobre uma das substâncias psicoativas mais comuns na sociedade, o alcoolismo.

No terceiro e último capítulo será apresentado o tema que dá título a este trabalho – Reabilitação Psicossocial, que vem se caracterizar como uma alternativa no tratamento da dependência química e como um modelo de atenção à saúde mental a partir da Reforma Psiquiátrica. Apresentar-se-á a importância da Reabilitação Psicossocial através de atividades artísticas e educativas que possam complementar o tratamento, contribuindo com a recuperação da auto-estima, desenvolvimento de habilidades, resgate de vínculos, mudança de hábitos, dentre outros aspectos.

Para finalizar, tecemos algumas considerações sobre o trabalho desenvolvido baseado numa reflexão acerca da Reabilitação Psicossocial, da dependência química e do Serviço Social e buscando contribuir para ações relacionadas ao tratamento de dependentes químicos. Após, serão arroladas as referências bibliográficas e os anexos deste trabalho.

1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E DA INTERVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NO CONTEXTO DO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

1.1 Contextualizando um recurso de tratamento: o Instituto São José

As instalações do Instituto São José foram inauguradas no dia 25 de maio de 1968, por Dr. João Haroldo Bertelli, Dr. Abelardo Vianna Filho, Dr. Júlio César Gonçalves, Dr. João Augusto de Mello Saraiva, Dr. Antonio Santaella e pelo cirurgião-dentista Hamilton Figueira Ferrari. Em seguida passou a fazer parte do grupo Dr. Aristeu Stadler e Dr. Ivan Bastos de Andrade, este último substituindo Hamilton Ferrari. Na época era uma pequena casa de dois pavimentos, que tinha como objetivo o tratamento de pacientes portadores de transtornos mentais. O espaço gradativamente se estendeu a outras unidades, formando um grande centro de tratamento psiquiátrico e de dependência química de Santa Catarina. Até 1999 o hospital tinha registrado 29 mil prontuários e 95 mil fichas médicas, todas arquivadas ainda hoje, totalizando 124 mil clientes em 34 anos de existência. Em maio de 2003, o Instituto São José completou 35 anos e houve uma programação/semana festiva com atividades apresentadas pelo público interno (pacientes e funcionários) e público externo (comunidade – banda da Polícia Militar do Estado de Santa Catarina).

O Centro de Tratamento dispõe de um terreno de 15.000 m², sendo 4.000 m² de área construída. Oferece uma quadra de esportes polivalente, área coberta com lanchonete e churrasqueira, salas para oficinas terapêuticas, de grupoterapia e de psicologia, ambulatório com consultórios de atendimento médico, sala de atendimento do Serviço Social, sala de espera, salas de administração, diretoria e de reuniões, auditório, acomodações semiprivativas, quartos individuais, apartamentos e suítes, além de áreas de estar, leitura e lazer.

As relações internas acontecem dentro de níveis hierárquicos, de acordo com as funções. Por se tratar de uma instituição privada, a escala hierárquica tem início a partir de um Conselho de Sócios, que formam a direção geral do hospital, conforme organograma em anexo (Anexo A).

A instituição trabalha com uma política de integração entre os funcionários, através de reuniões, confraternizações e apresenta como valor institucional a comunicação.

A Instituição tem como objetivo promover a qualidade de vida, praticando a assistência integral à saúde, apoiados em princípios técnicos, éticos e humanos, visando a satisfação dos clientes, colaboradores e comunidade. O cliente portador de transtorno mental, o dependente químico e sua família são o centro das atenções da Instituição. Objetiva-se que o atendimento seja feito visando à satisfação plena das necessidades e expectativas dos pacientes, buscando a melhoria da qualidade de vida do usuário.

Atendendo a todos os tipos de dependência química e transtorno mental, o Instituto São José considera que os aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais são envolvidos na gênese e na evolução da doença, o que permite uma abordagem terapêutica e reabilitadora.

O Hospital dispõe dos seguintes serviços:

- Serviço de Ambulatório e Pronto Atendimento - atendimento médico, particular e convênios, individual e em grupos na psiquiatria e na clínica médica.
- Programa de Atendimento e Assistência aos Portadores de Transtornos Mentais – programa baseado nos princípios da comunidade terapêutica a clientes em regime de internação integral.
- Serviço de Dependência Química (alcoolismo e outras substâncias psicoativas) – programa terapêutico que abrange desintoxicação, assistência clínica e psicológica,

atividades terapêuticas e de conscientização sobre a doença e orientações a familiares. O tratamento objetiva a abstinência de toda e qualquer substância psicoativa, concentrando-se na motivação para o cliente alcançar e manter esta condição. O programa diário compreende atividades terapêuticas em grupos psicoterapêuticos, palestras, reuniões, leituras e vídeos educativos, além de atividades esportivas e de lazer. Para a família há programação complementar de orientação para lidar com a doença e buscar o equilíbrio da dinâmica familiar. Este Serviço conta com uma equipe interdisciplinar, composta de Psiquiatras, Clínico Geral, Assistente Social, Enfermeira, Psicólogo, Nutricionista, Consultor em Dependência Química, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. A base filosófica do trabalho é a dos Alcoólicos Anônimos (AA), que busca a manutenção da sobriedade através dos Doze Passos (Anexo B).

Todo o tratamento no Instituto São José comporta programas de atendimento oferecidos aos pacientes e a seus familiares, visando proporcionar um acompanhamento extra-hospitalar para a reintegração ao cotidiano social, com ênfase na adesão ao tratamento, resgate de habilidades sociais e melhor relacionamento familiar.

Na pós-internação, o paciente do Serviço de Psiquiatria pode contar com os seguintes programas:

- Programa de Famílias (Pro Fam) – realizado pelo Serviço de Psiquiatria, são reuniões mensais, coordenadas e orientadas por profissionais, que tem como objetivo promover a saúde e a qualidade de vida e reduzir o estigma da doença mental através do repasse de informações; é um espaço terapêutico para o compartilhamento de experiências de vida que promove o entendimento da doença como um processo biopsicossocial. O trabalho tem uma abordagem psicoeducacional; psiquiatra, enfermeiro, psicóloga e assistente social esclarecem as dúvidas sobre a doença e seu tratamento e orientam na resolução de situações e problemas do cotidiano.

- Programa de Tratamento de Esquizofrenia (Proteq) - um programa psicoeducacional estruturado para familiares que busca ampliar e facilitar a compreensão do transtorno e o manejo do cotidiano do portador de esquizofrenia; oferece atenção psicossocial e acompanhamento terapêutico individual e grupal.

- Programa de Tratamento do Transtorno Obsessivo-Compulsivo (Prottoc) – é um programa oferecido à portadores de transtorno obsessivo-compulsivo através de atividades psicoeducacionais: seminários que abordam temas relativos ao transtorno obsessivo-compulsivo como: diagnóstico e quadro clínico, abordagem farmacológica, comportamental, estigma, grupo de mútua-ajuda, a família e as relações sociais, vida profissional.

- Programa de Transtornos Afetivos (Prota) – é o Grupo de Mútua Ajuda dos Usuários do Carbonato de Lítio, com prática terapêutica alternativa que tem como base a informação, através de reuniões.

Assim como os pacientes do Serviço de Psiquiatria, os pacientes do Serviço de Dependência Química também tem acesso a programas após a internação, quais sejam:

- Programa Ambulatorial de Dependência Química (Padeq) – tem como objetivo a prevenção da recaída do álcool e outras substâncias psicoativas, utilizando técnicas de terapia grupal e seminários, visando melhorias na qualidade de vida de seus participantes. É destinado a clientes abstêmios de álcool e outras drogas, egressos ou não de tratamento hospitalar.

- Programa de Tratamento do Tabagismo (Prottab) –integrado ao Programa Nacional de Controle ao Tabagismo, é destinado a ajudar o cliente a deixar de fumar e se manter abstêmio.

- Programa Hospital Dia – atendimento intensivo diário, incluindo atividade ocupacional dirigida, grupos terapêuticos, acompanhamento e orientação familiar (este, inclusive, é um programa comum também ao Serviço de Psiquiatria).

O Instituto São José é um centro ativo de tratamento do cliente portador de transtorno mental e dependente químico, de orientação à família e difusão de conhecimentos. Caracteriza-se atualmente como uma instituição referência no Estado de Santa Catarina no âmbito de atendimento em Saúde Mental. O hospital atende nas áreas de internamento integral e parcial, ambulatório, consultórios e serviços assistenciais e educacionais abertos à comunidade com múltiplas atividades individuais e de grupo. A população usuária constitui-se de portadores de transtornos mentais e dependentes químicos originários, em sua maioria, do Estado de Santa Catarina. O número de internações é de aproximadamente 200 pacientes por mês, sendo que 44,7% das internações mensais são de particulares e convênios e 55,3% são de pacientes do Sistema Único de Saúde - SUS. No Serviço de Dependência Química internam-se, aproximadamente, 50 dependentes químicos por mês, com média de 30 dias de tratamento.

1.2 Demanda atendida

No Serviço de Dependência Química do Instituto São José, os pacientes são atendidos por convênios, inclusive com Sistema Único de Saúde, e particular. Pelo SUS, o hospital oferece vagas somente para homens e dependentes de álcool. A faixa etária desta população específica é, em média, de 40 a 50 anos, justamente pelo fato da doença desenvolver-se após mais ou menos quinze anos da iniciação do consumo do álcool. Contudo, o hospital abre uma exceção por mês para pacientes SUS que, além da dependência do álcool, fazem uso de outras substâncias psicoativas, concedendo uma única

vaga. A situação econômica financeira, em geral, está prejudicada pela perda do emprego e pelos próprios prejuízos característicos da doença. Há também pacientes licenciados do trabalho, aposentados, bem como casos de reinternação (que costumam ocorrer em alto índice). Na sua grande maioria, são provenientes da Grande Florianópolis ou, em minoria, de outras regiões do Estado e do país.

Para os pacientes particulares o atendimento é masculino e feminino e para todos os tipos de dependência (álcool, cocaína, crack, maconha, medicamento, jogos, etc.). Atende pacientes acima de 16 anos e a faixa etária é bastante variada.

O grau de instrução tanto dos pacientes SUS quanto particular sempre é bastante variável, compreendendo pacientes analfabetos e/ou semi-analfabetos, além de pessoas com nível superior.

O hospital atende, também, pacientes que apresentam um quadro de comorbidade, ou seja, possuem ao mesmo tempo, dois ou mais transtornos mentais ou clínicos.

Os pacientes do Serviço de Dependência Química são encaminhados voluntariamente para tratamento pela família ou pelas Prefeituras ou pelos Fóruns de Justiça. Em alguns casos, a procura pela internação acontece involuntariamente, o que implicará na comunicação ao Ministério Público após 72 horas.

Segue abaixo o quadro de vagas para pacientes SUS e particulares/convênios.

Serviço	Número de vagas	
	SUS	Particular/convênio
Psiquiatria feminino	49	Insere-se na Unidade Mista
Psiquiatria masculino	29	Insere-se na Unidade Mista
Dependência Química masculino	37	Insere-se na Unidade Mista
Psiquiatria feminino e	-	15

Dependência química feminino (Unidade Mista)			
Psiquiatria masculino e feminino e Dependência química masculino (Unidade Mista)		-	39
TOTAL		115	54

Fonte: Serviço de Arquivo Médico Estatístico (Same) - Instituto São José (2003)

1.3 O Serviço Social no contexto institucional

O Serviço Social foi implantado na instituição em fevereiro de 1972, ou seja, quatro anos após esta ter sido fundada. Tinha como objetivo geral auxiliar no tratamento psiquiátrico, sanando problemas que dificultassem ou impedissem o tratamento médico. Na época havia somente uma assistente social na instituição e ainda não havia o Serviço de Dependência Química. Atualmente a Instituição possui três Assistentes Sociais, sendo que uma atua no Serviço de Psiquiatria, uma no Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e uma no Serviço de Dependência Química.

O Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) conta com o trabalho conjunto de uma Psicóloga e uma Assistente Social. Este Serviço tem como função primordial a recepção e acompanhamento do cliente, seleção, treinamento e supervisão do pessoal da recepção, apoio e orientação administrativa aos programas comunitários e revisão de procedimentos administrativos.

O Assistente Social no Serviço de Psiquiatria tem como função o atendimento e suporte para o paciente da psiquiatria, bem como para seus familiares. Realiza sua intervenção através de palestras, entrevistas, atendimento individual e em grupo e busca informar os pacientes da psiquiatria e seus familiares sobre as normas de funcionamento do

Instituto São José, a rotina do tratamento, organizar as visitas e fazer a mediação entre equipe técnica, paciente e família. Este profissional tem também como responsabilidade participar como palestrante do Pro Fam (Programa de Família), onde desenvolve ações no sentido de esclarecer e orientar os familiares e amigos dos portadores de transtornos mentais sobre as características da doença e do seu tratamento.

O Serviço Social no Serviço de Dependência Química do Instituto São José, em sua intervenção, tem como objeto de trabalho a questão da dependência química e como objetivo de atuação contribuir na recuperação do paciente, atuando nas suas relações familiares e sociais. Por essa perspectiva, desempenha importante papel dentro da instituição no atendimento assistencial e de conscientização do paciente e da “rede familiar” envolvida no tratamento. O Serviço Social integra a equipe do Padeq – Programa Ambulatorial de Dependência Química e Prottab – Programa de Tratamento do Tabagismo.

1.3.1 O itinerário do paciente dependente químico e a intervenção do Assistente Social

São muitas as atividades realizadas pelo Assistente Social no Serviço de Dependência Química, e para tal utiliza-se de uma metodologia e instrumental técnico operativo baseado no seu referencial teórico e no contexto no qual atua.

a) Da admissão:

O primeiro contato para a solicitação de vaga para tratamento por convênio SUS é com a Assistente Social deste Serviço. O Serviço Social é responsável pelo agendamento e triagem de pacientes conveniados SUS, bem como a organização de internações (data, horário, recepção). O agendamento acontece via contato telefônico ou

pessoalmente na instituição, sendo efetivado pelo próprio beneficiado, familiar, amigo ou outro profissional. O Assistente Social registra numa lista de espera dados como: nome, idade, breve história pregressa, local de residência, qual o motivo da internação e demais informações pertinentes. No processo de triagem, respeitando esta lista, o profissional entra em contato para confirmar interesse no tratamento e organizar a internação. O Assistente Social, ao disponibilizar a vaga para o tratamento, trata com o paciente a organização da internação e fornece todas as orientações referentes à data, horários, documentos, pertences pessoais e o acompanhamento de um familiar no momento da internação. O não comparecimento sugere o cancelamento da vaga para este indivíduo e a substituição dele por outro interessado.

Salientamos que, para clientes particulares e conveniados, quem realiza o agendamento é o Assistente Social que atua no Serviço de Atendimento ao Cliente que, dependendo da demanda, realiza internação imediata ou orienta o paciente para aguardar em função da indisponibilização da vaga. Contudo, quase sempre não há fila de espera nesses casos.

b) Da internação:

O paciente, então, apresenta-se à instituição acompanhado de um familiar na data e horários previamente combinados com o Assistente Social. Geralmente nessas ocasiões o profissional aproveita para realizar a entrevista com familiares para estudo social da história pregressa e atual do paciente. Tais entrevistas podem ocorrer também em outra data marcada e tem o objetivo de identificar e conhecer a História Social do paciente, para se constituir em informações que serão acrescentadas ao prontuário do mesmo e servirão de subsídios para o conhecimento da realidade social do paciente em questão e que deverão ser conhecidas pelos outros profissionais que também o acompanham e fazem parte da equipe interdisciplinar. Nesse Estudo, o Assistente Social identifica alguns dados

do indivíduo junto aos seus familiares, como: nome do paciente e entrevistado, grau de parentesco, idade do paciente, estado civil, onde e com quem mora, qual sua rotina diária, qual sua situação de trabalho, quanto tempo de consumo da droga, qual seu comportamento quando sóbrio e quando sob efeito da mesma, se existe envolvimento judicial e/ou com polícia, se o paciente é portador de outra(s) doença(s), se faz ou não uso de medicamentos e existe ou não outras dependências, o número e local de tratamentos anteriores (no caso de não ser o primeiro), quando e como teve início o consumo da droga, como está o relacionamento familiar, dentre outras questões pertinentes.

c) Do tratamento:

Antes de internar-se, o paciente passa por uma avaliação médica e segue para o primeiro estágio do tratamento, que se dá na Unidade de Desintoxicação (UD), onde permanecerá até seu organismo desintoxicar-se totalmente da droga. Nesta Unidade, o Assistente Social coordena diariamente o Grupo de Assistência. Neste grupo, o profissional tem uma dinâmica que segue uma rotina de apresentação do grupo e novos integrantes. O mesmo fornece orientações quanto à rotina do hospital e do tratamento a ser iniciado e, além dessas informações realiza atendimento das questões de necessidades pessoais com os pacientes.

Passada a desintoxicação do organismo, o paciente então é encaminhado à Unidade Jellinek, que é o segundo estágio de tratamento na instituição e onde será trabalhada a conscientização e a disciplina do paciente. Aqui, o Assistente Social desempenha diversas atividades.

Uma delas se refere ao atendimento individualizado aos pacientes internos e acompanhamento no programa de tratamento. Nessa atividade, presta-se orientação e agilidade das necessidades apontadas.

Outra atividade desenvolvida junto aos pacientes na Unidade Jellinek são as práticas educativas através de seminários, no qual são abordados diversos temas, como Dependência Química e Relacionamento Familiar, Prevenção da Recaída, Dependência Química e Trabalho, Dependência Química e Tratamento.

O Assistente Social coordena o Grupo de Prevenção da Recaída com pacientes do particular e convênio (exceto SUS), que é um grupo de auto-ajuda e automanejo no qual o profissional trabalha com técnicas e estratégias de enfrentamento das situações de risco que, após terem sido refletidas individualmente pelos pacientes, serão socializadas com o grupo com o objetivo de prevenir as recaídas.

Durante o período do tratamento, o Assistente Social desempenha:

- A coordenação da Reunião de Família, programa educativo e de orientação, na qual o Assistente Social trabalha com os familiares dos pacientes a concepção da doença, as causas e o tratamento no Instituto São José e as alternativas de continuidade do tratamento fora do hospital.
- O atendimento individualizado de familiares do paciente, que tem o objetivo de possibilitar o apoio e a orientação na relação intrafamiliar durante a internação; o profissional constantemente está em contato com a família para que ela possa acompanhar o desenvolvimento do tratamento do paciente e, com isso, criando um vínculo entre a instituição, a família e o paciente e, da mesma forma, proporcionando espaço para a participação ativa dos familiares na recuperação.
- O atendimento individual a clientes, objetiva estabelecer uma ponte de comunicação entre família-cliente-comunidade para resolução de necessidades do cotidiano do paciente em tratamento.
- Observações e anotações diárias nos Cadernos de Ocorrências da Unidade de Desintoxicação e da Unidade Jellinek, bem como nos cadernos de recados que ficam na

enfermagem e na recepção da instituição. O profissional do Serviço Social observa e toma ciência do que os demais profissionais da equipe interdisciplinar colocam nestes cadernos, o que permite que o Assistente Social se intere de informações importantes que os outros profissionais registram e que são de interesse da equipe.

- Como parte integrante da equipe interdisciplinar, o Assistente Social participa das reuniões de equipe (técnicas e administrativas) com os demais profissionais que atuam no Serviço de Dependência Química, que tem como objetivo a discussão dos casos de cada paciente, suas condições de aderência ao tratamento, as propostas e sugestões de encaminhamentos terapêuticos, entre outros assuntos.

- A avaliação de visitas fora do horário, tendo em vista que existe dias e horários de visitas pré-estabelecidos como norma do hospital. O Assistente Social avalia o motivo da visita não poder ocorrer no horário previsto e determina o tempo de duração da mesma, considerando que o paciente possui horário de atividades na instituição que devem ser cumpridos.

- Elaboração de relatórios, prontuários (coleta da história social do paciente, que acontece no primeiro atendimento à família) e projetos. O Assistente Social registra constantemente toda as situações, posturas, posicionamentos e observações que forem relevantes do paciente no prontuário, bem como a participação de suas família no tratamento e na Reunião de Família.

d) Da alta:

Semanalmente, o Assistente Social coordena o Grupo de Alta. Nessa atividade, tem como função a orientação e o acompanhamento pós-alta. Aqui, os pacientes que já estão no término do tratamento na instituição informam para os demais quais são seus planos terapêuticos para continuidade do mesmo. O Assistente Social presta informações

previdenciárias e de retorno à cidade de origem do paciente, além doutras, e questiona quem necessitaria de declarações e atestados médicos.

O profissional realiza a organização das altas, na seqüência do Grupo de Alta (mencionado acima), onde viabiliza atestado ou declaração médica, informa a família do término do tratamento do paciente e trata com ela o retorno do mesmo pro seu local de origem, soluciona situações pendentes e faz encaminhamentos.

2 DIMENSIONANDO A ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL E SUA INTERFACE COM A DEPENDÊNCIA QUÍMICA: POLÍTICAS PÚBLICAS E ASSISTÊNCIA

2.1 As políticas de atenção à saúde mental: a trajetória e a luta no Brasil pela transformação do modelo assistencial

Atualmente, o tema saúde mental vem sendo amplamente discutido por vários segmentos da sociedade, bem como pelos organismos nacionais e internacionais de defesa da saúde, visto a situação de agravamento da questão, principalmente na relação saúde mental/trabalho, nas expressões do modelo de sociedade capitalista. Para Santos (1994, p.32), “o trabalho e o não trabalho estabelecem os limites do normal e do anormal, fazendo com que a psiquiatria, inserida neste contexto, se esforce para ‘devolver à comunidade indivíduos tratados e curados, adequados para o trabalho’”.

A cidadania do portador de transtorno mental durante muitos anos ficou esquecida, gerando estereótipos que até hoje machucam portadores e familiares. Mesmo com a evolução da sociedade moderna e dos métodos de tratamento utilizados, ainda é muito comum aquela antiga mentalidade que define os portadores de transtorno mental como pessoas sem direitos. O próprio código penal ainda não revisado, no decreto-lei 24.559 de 03/07/34, define-os como “loucos de todos os gêneros”.

Essa condição veio se estendendo no mundo e no Brasil até que se iniciaram os primeiros debates e lutas contra essa exclusão em relação à doença mental. No Brasil, a luta pelas mudanças desses paradigmas iniciou com diversos eventos e debates, os quais resultaram em diversos encaminhamentos com vistas à mudança daquelas condições e atenção a saúde mental. A periodização da história dos avanços na Reforma Psiquiátrica no Brasil se iniciou em 1978, conforme podemos conferir no esquema abaixo, elaborado por Kátia de Macedo Rebello e retirado do livro *Loucos pela Vida*, de Paulo Amarante (1ª edição):

Atores e sujeitos do projeto da reforma: Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM) – 1978.

Propostas: Ator e sujeito político fundamental no projeto da Reforma Psiquiátrica Brasileira, de onde emergem as propostas de formulação do sistema assistencial e no qual se consolida o pensamento crítico ao saber psiquiátrico.

Definições/Encaminhamentos: Constitui-se num espaço de luta não institucional, um locus de debate e encaminhamento de propostas de transformação de assistência psiquiátrica que aglutina informações e reúne trabalhadores em saúde.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: Crise da Divisão Nacional de Saúde Mental (Dinsan), órgão do Ministério responsável pelas políticas de saúde do subsetor saúde mental, em abril de 1978.

Propostas: Episódio estopim em abril de 1978: greve, seguida de demissão de 260 estagiários profissionais devido denúncia de trabalho em condições precárias, clima de ameaças e violência, inclusive entre pacientes, estupro, trabalho escravo e mortes. Três médicos bolsistas registraram essas ocorrências, que então tornaram pública essa situação e mobilizaram outros profissionais, passando a reivindicar melhores salários, formação de Recursos Humanos, relação entre instituições, modelo médico assistencial e condições de atendimento.

Definições/Encaminhamentos: Denunciar as condições, viabilizando através de reivindicações melhores condições de assistência à população e humanizando os serviços.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: Greve dos médicos residentes.

Propostas: Fortalece o MTSM durante seus primeiros meses.

Definições/Encaminhamentos: Incentivando as principais lideranças a atuarem evitando que o movimento caísse no esquecimento.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: V Congresso Brasileiro de Psiquiatria (27 de outubro a 1º de novembro de 1978), organizado pela Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP).

Propostas: Foi a primeira vez que os movimentos em saúde mental participaram de um encontro de setores considerados conservadores. Aconteceram reuniões paralelas às oficiais, aglutinando os movimentos em saúde mental progressistas de todo o Brasil.

Definições/Encaminhamentos: Estabeleceu uma ampla frente a favor das mudanças, caracterizando uma organização político-ideológica, inclusive voltadas à crítica do regime político nacional, e o que era para ser um movimento científico, passou a ser um movimento político avalizado pela ABP. As moções aprovadas foram: repúdio à privatização do sistema de saúde; mudanças hospitalares, até às ligadas a atos arbitrários que envolvessem algumas categorias profissionais; a universidade é denunciada pela perda do seu caráter crítico para o utilitarismo advindo do mercado da saúde.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Congresso Brasileiro de Psicanálise de Grupos e Instituições (19 a 22 de outubro de 1978), no Rio de Janeiro.

Propostas: Lançamento de uma nova sociedade psicanalítica de orientação analítico-institucional.

Definições/Encaminhamentos: Esse congresso traz ao Brasil os principais mentores da rede de alternativas à psiquiatria do Movimento de Psiquiatria Democrática Italiana, da Antipsiquiatria, dentre eles Franco Basaglia, Félix Guattari, Robert Castell, Erwing Goffmann, etc., que trazem à tona essa discussão.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental – 20 e 21 de janeiro de 1979, no Instituto Sedes Sapientiae (SP).

Propostas: Em pauta a nova identidade profissional organizada fora do “Estado”, no sentido de denunciar a prática dominante deste.

Definições/Encaminhamentos: - Pela transformação do sistema de atenção à saúde em conjunto com demais setores sociais em busca da democracia plena e de uma organização mais justa da sociedade pelo fortalecimento dos sindicatos e demais associações articuladas com os movimentos sociais. Necessidade de uma organização que vise maior participação dos técnicos nas decisões pela fixação das políticas nacionais; - Crítica ao modelo asilar dos grandes hospitais psiquiátricos públicos, como redutos dos marginalizados.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: III Congresso Mineiro de Psiquiatria, novembro de 1979, em Belo Horizonte.

Propostas: Conta com a presença de Baságlio, Slavich e Castell. Necessidade de levantar a realidade assistencial e dos planos e reformulações propostas pelo governo e pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps). Grupos de Minas Gerais, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia propõem realização de trabalhos alternativos na assistência psiquiátrica.

Definições/Encaminhamentos: Além dos temas previstos, houve o debate do tema assistência psiquiátrica e participação popular e a ordem psiquiátrica.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Encontro Regional dos Trabalhadores em Saúde Mental no Rio de Janeiro, de 23 a 25 de maio de 1980.

Propostas: Nesse encontro foram discutidos problemas sociais relacionados à doença mental, à Política Nacional de Saúde Mental, às alternativas surgidas para os profissionais da área, suas condições de trabalho, à privatização da medicina frente às barbaridades ocorridas e denunciadas nas instituições psiquiátricas.

Definições/Encaminhamentos: -

Atores e sujeitos do projeto da reforma: II Encontro Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental paralelo ao Congresso Brasileiro de Psiquiatria, de 22 a 27 de agosto de 1980.

Propostas: As moções aprovadas passam pelo apoio à luta de democratização da ABP e de suas federadas pela crítica à privatização da saúde. Esse evento marca o crescente caráter político e social da trajetória do MTSM. São abordados a proletarização da medicina, do poder médico, da assistência médico-psiquiátrica em processos de exclusão e controle sociais mais abrangentes. Criticava-se ainda o modelo vigente à saúde mental como insuficiente, cronificador e estigmatizante em relação à doença mental. Abordados também as determinantes das políticas de saúde mental do processo de mercantilização da loucura, da privatização da saúde, do ensino médico.

Definições/Encaminhamentos: Aparece a questão dos direitos dos pacientes psiquiátricos. É constituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil pertinentes ao doente mental.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: Co-gestão Interministerial e o Plano do Conselho Consultivo da Administração da Saúde da Previdência (Conasp): A Trajetória Sanitarista I – início de 1980. Antecede esse período a política privatizante da Previdência Social, que levou ao aumento do número de internações de portadores de transtornos mentais,

reinternações e do tempo médio de internação, contrariando a recomendação da Organização Mundial da Saúde. Esse período caracterizou-se pela produção excessiva de atos de assistência médica, fraudes, abuso de toda parte, ocasionando um déficit nos cofres da Previdência Social, que obrigaram a pensar em saneamento dessa situação, face a profunda crise institucional na Previdência Social. Os principais defensores da privatização foram os empresários do setor privado, defendida pela Federação Brasileira de Hospitais.

Propostas: Trajetória das políticas de saúde da co-gestão, na qual o convênio prevê a colaboração do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) no custeio, planejamento e avaliação das unidades hospitalares do Ministério da Saúde. Esse momento é relevante, pois o Estado passa a incorporar os setores críticos da saúde mental que, por sua vez, decidiram estrategicamente ocupar o espaço que se apresentou nas instituições públicas. A co-gestão inicia no Instituto Nacional de Câncer (Inca), com a introdução do pagamento por categoria de atendimento (e não por unidade de serviços isolados). Com advento da co-gestão, os hospitais foram transformados em pólos de emergência, centros de referência em saúde mental e coordenadores de programas, ampliando a atenção ambulatorial, desestimulando as internações e orientando-se pelo modelo de psiquiatria comunitária americana, como ocorreu no Pinel.

Definições/Encaminhamentos: Marco nas políticas públicas de saúde, cuja co-gestão tem um caráter institucional, produzindo uma participação paritária no plano horizontal, permitindo um novo modelo de gerenciamento em hospitais públicos, mais descentralizado e dinâmico, em detrimento de um modelo de assistência debilitado e viciado em seu caráter e em sua prática privatizante. O processo da co-gestão pode ser considerado o percurso de novas tendências e modelos nos campos das políticas públicas, como o plano do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), das Ações Integrais de

Saúde (AIS), do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDES) e o Sistema Único de Saúde (SUS).

Atores e sujeitos do projeto da reforma: CONASP, criado em 1981 pelo Decreto 86.329, ligado ao MPAS. Tinha a função de organizar e aperfeiçoar a assistência médica, sugerir critérios para locação de recursos previdenciários para esse fim, recomendar políticas de financiamento e assistência à saúde.

Propostas: Participação não-paritária de representantes governamentais, patronais e universitários da área médica e dos trabalhadores, apesar de sua origem autoritária. Segundo Ana Pitta, é o primeiro plano de assistência médico-hospitalar discutido mais amplamente com os setores profissionais, sindicatos dos trabalhadores, confederações. A Federação Brasileira de Hospitais é o principal oponente desse plano por representar um duro golpe à iniciativa privada.

Definições/Encaminhamentos: Essa trajetória do Movimento da Reforma Psiquiátrica, traduzida pela incorporação dos quadros do MTSM ao aparelho público, formulando e gerenciando as políticas públicas de saúde mental e assistência psiquiátrica, que vai da co-gestão ao Plano do CONASP, ocorreu numa perspectiva de operar Reformas, sem objetivar mudanças estruturais. Ou seja, o MTSM caminha de mãos com o Estado, num percurso quase inconfundível no qual, algumas vezes é difícil distinguir quem é quem. Um lado do movimento opta pela entrada nas instituições públicas com o objetivo de transformá-las fundamentalmente pelas bases, enquanto outro lado do movimento adota uma linha predominantemente sindical, exercendo um papel de vigilância da primeira, atuando na organização dos trabalhadores na luta por melhores condições de trabalho.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Encontro de Coordenadores de Saúde Mental da Região Sudeste, de 26 a 28 de setembro de 1985, no Espírito Santo. Tema: Política de Saúde Mental para a Região Sudeste.

Propostas: Estratégia de articular os vários dirigentes para discutir e rever suas práticas, de criar mecanismos e condições de auto-reforço e cooperação mútua.

Definições/Encaminhamentos: Moções: Entre outras: - Culmina com a realização da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental; - Criação de Comissões interinstitucionais de Saúde Mental em todos os Estados; - Imediata criação do seguro-desemprego; - Criação de programas especiais que transformam os asilos em locais dignos e apropriados para os internados.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Conferência de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, de 12 a 14 de março de 1986.

Propostas: Objetivo de provocar os debates para a I Conferência Estadual de Saúde Mental.

Definições/Encaminhamentos: - Incorpora as decisões da VIII Conferência de Saúde, quais sejam a implantação da Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde e defende ainda a conceituação global de saúde; - Preocupação com relação a participação de pacientes psiquiátricos e a representação popular na ação profissional em saúde mental e sua fiscalização.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Encontro de Saúde Mental no Rio de Janeiro, de 4 a 5 de outubro de 1986, no Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Propostas: O objetivo desse encontro foi provocar debates para a I Conferência Estadual de Saúde Mental.

Definições/Encaminhamentos: Implantação da Reforma Sanitária, criação de um sistema único e público de saúde e a participação de pacientes e co-pacientes na formulação das políticas de assistência à saúde mental.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Conferência Estadual de Saúde Mental, no Rio de Janeiro, de 12 a 14 de março de 1987.

Propostas: Ampla convocação das associações e instituições populares de saúde para delegada. O tema central foi a Política Nacional de Saúde e Reforma Sanitária e a situação da Saúde Mental no contexto geral da saúde.

Definições/Encaminhamentos: Temas debatidos: - Cidadania, Sociedade e Qualidade de vida: doença mental é fruto do processo de marginalização e exclusão social, devendo ser assegurado melhores condições de vida à população; - Direitos Humanos: Psiquiatria e Justiça: garantia de acesso a recursos de atendimento multidisciplinar e escolha de ser tratado com terapeuta desejado. Outra conclusão é com relação a participação das comunidades e grupos sociais na elaboração e controle dos tratamentos e serviços oferecidos. Também devem ser assegurados direitos trabalhistas aos pacientes em tratamento, inclusive seguro-desemprego e atualização do código civil no que se refere ao doente e à saúde mental; - Política Nacional de Saúde e Reforma Sanitária: resgate à idéia do conceito de saúde resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho não alienado, transporte, emprego, lazer, liberdade e posse da terra e acesso a serviços de saúde. Mudança do modelo assistencial hospitalocêntrico através de serviços alternativos, tais como leitos psiquiátricos em hospitais gerais, não credenciamento de leitos privados, hospital-noite, pré-internações, lares protegidos, etc.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: II Encontro de Coordenadores de Saúde Mental na Região Sudeste, em Barbacena, de 2 a 4 de abril de 1987.

Propostas: Tema proposto: Saúde Mental na rede pública: situação atual e avaliação das propostas e desdobramentos do I Encontro de Coordenadores.

Definições/Encaminhamentos: - Se constatou a não expansão dos leitos manicomial hospitalares nas regras e implantação das Comissões Interinstitucionais de Saúde Mental e a expansão da rede ambulatorial e outros recursos; - A atuação das Comissões é diferenciada no aspecto de dependência política assumida por seus componentes; - A rede ambulatorial se expandiu, mas a cobertura é baixa, com predomínio ainda do setor privado.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Conferência de Saúde Mental realizada em junho de 1987.

Propostas: - Enfrentamento do MTSM, DINSAN e ABP frente à divergência de ser um encontro técnico científico e sem participação popular; - A 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM) ocorre num cenário de impasse. Na sessão de instalação, o MTSM rejeitou o regimento, o estatuto e a nomeação da comissão e o pré-relatório final. A DINSAN e a ABP recusaram e o MTSM passou a encaminhar a conferência, introduzindo grupos de trabalho, deliberando quanto às decisões e encaminhamentos e elegendo a composição das comissões.

Definições/Encaminhamentos: Esse enfrentamento possibilitou ao MTSM um certo reencontro com suas origens, em uma discussão interna sem precedentes, em que são revisadas as estratégias, as lideranças, os princípios políticos e até mesmo os marcos teóricos da Reforma Psiquiátrica. O Relatório Final da 1ª CNSM é progressista, recuperando questões à saúde e saúde mental, relacionado aos problemas políticos, econômicos e sociais.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: I Conferência Nacional de Saúde Mental, de 25 a 28 de junho de 1987.

Propostas: Eixos básicos: - Economia, Sociedade e Estado: impacto sobre a saúde e doença mental; - Reforma Sanitária e reorganização da assistência à saúde mental; - Cidadania e Saúde Mental: direitos, deveres e legislação do doente mental.

Definições/Encaminhamentos: Recomendações importantes: - Trabalhadores em saúde mental articulados com a sociedade civil para defender o redirecionamento, as práticas e a democratização das instituições de saúde; - Participação da população nas formulações e decisões das políticas de saúde mental; - Priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares e multiprofissionais, opondo-se a prática hospitalocêntrica.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: II Congresso Nacional do MTSM, de 3 a 6 de dezembro de 1987, em Bauru.

Propostas: Congresso inovador, com lideranças municipais, técnicos, usuários e familiares, defendendo uma “sociedade sem manicômios”. Surgimento da Associação de Usuários e familiares e muitas outras como a Associação Franco Baságliá (São Paulo), Associação Franco Rotelli (Santos), e outras que passaram a ter papel significativo no movimento por uma sociedade sem manicômios.

Definições/Encaminhamentos: Essa nova etapa inaugurada na Conferência Nacional de Saúde Mental e consolidada nesse Congresso repercutiu em muitos âmbitos: no modelo assistencial, na ação cultural e na ação jurídico-política. No âmbito do modelo assistencial, essa trajetória é marcada pelo surgimento de novas modalidades de atenção, que passaram a representar uma alternativa real ao modelo psiquiátrico tradicional, os quais o primeiro Centro de Atenção Psicossocial (Caps), em São Paulo, em 1982, o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (Naps), em Santos, a Associação Loucos pela Vida, em Juqueri. Essa

trajetória veio registrar uma certa ruptura, deixando de ser restrita ao campo exclusivo ou predominante das transformações no campo técnico assistencial para uma dimensão político, jurídico, teórico, conceitual e sócio-cultural.

Atores e sujeitos do projeto da reforma: Intervenção da Secretaria de Saúde do Município de Santos na Casa de Saúde Anchieta, em 03 de maio de 1989.

Propostas: Essa casa foi objeto de graves denúncias e foi criado um sistema substitutivo com a redefinição do espaço do antigo hospício em vários trabalhos e experiências de parcerias com a municipalidade e com a criação dos Naps, cooperativas, associações, instituições de residencialidade, etc. A partir da criação dos primeiros Caps e Naps, o Ministério Público regulamenta a implantação e o financiamento de novos serviços desta natureza, tornando-os modelos para outros Estados (Portaria 189 e 234 do Ministério da Saúde).

Definições/Encaminhamentos: -

Atores e sujeitos do projeto da reforma: II Conferência Nacional de Saúde Mental, em Brasília, de 1 a 4 de dezembro de 1992.

Propostas: -

Definições/Encaminhamentos: Reafirmadas e aprovadas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira na linha da desinstitucionalização e da luta antimanicomial.

Tais movimentos e lutas culminaram então com a sanção da lei 10.216/2001 (Anexo C) pelo presidente Fernando Henrique Cardoso de autoria do deputado Paulo Delgado (Partido dos Trabalhadores, de Minas Gerais) que extingue gradualmente os manicômios brasileiros, coroando uma longa batalha dos atores empenhados na Reforma

Psiquiátrica e no Movimento Nacional de Luta Antimanicomial, como pudemos relatar anteriormente. A nova lei traz como uma das poucas mudanças efetivas a obrigatoriedade da comunicação da internação involuntária do doente ao Ministério Público até 72 horas depois da ocorrência. Também proíbe a construção de novos hospitais psiquiátricos financiados com recursos públicos. Mudou-se o enfoque: do sistema hospitalocêntrico, caracterizado por internação, sedação, isolamento e silêncio do portador de transtorno mental para o sistema humanocêntrico, baseado na entrevista, fala e atendimento ambulatorial.

A luta antimanicomial não busca somente o fechamento dos manicômios psiquiátricos. É certo lembrar que “a idéia de desconstrução do manicômio, entendida como o conjunto de práticas multidisciplinares e multiinstitucionais, são exercidas e reproduzidas em múltiplos espaços e não apenas no interior do hospício” (Amarante, 2001, p.9). Ou seja, a luta pelo fim do manicômio não significa o fechamento dos hospitais, ou então, a substituição de antigas técnicas por novas, e sim a construção de uma outra relação com o portador de transtorno mental, que o considere como sujeito portador de direitos e não somente como doente, como já ocorre em muitas instituições, a exemplo do Instituto São José.

2.2 A atual política de saúde mental

No período de 1992 a 1995 verificam-se mudanças significativas no campo da política de saúde mental no Brasil, consolidando a perspectiva da desinstitucionalização psiquiátrica e a criação e regulamentação de portarias relativas à implementação da rede de serviços substitutivos. A primeira delas foi a portaria nº 224 de 29 de janeiro de 1992 que estabelece algumas normas com relação aos cuidados com os pacientes internados:

Tendo em vista a necessidade de humanização da assistência, bem como a preservação dos direitos de cidadania dos pacientes internados, os hospitais que prestam atendimento em psiquiatria deverão seguir as seguintes orientações: está proibida a existência de espaços restritos (celas fortes), deve ser resguardada a inviolabilidade da correspondência dos pacientes, deve haver registro adequado dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos efetuados no paciente.

Ainda nesta portaria foram regulamentados os Centros de Atenção Psicossocial (Caps) e Núcleos de Atenção Psicossocial (Naps), Hospitais-Dia, o atendimento ambulatorial, entre outros.

[...] Os CAPS/NAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar. [...] Podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e hierarquizada. [...] A instituição do hospital-dia na assistência em saúde mental representa um recurso intermediário entre a internação e o ambulatório, que desenvolve programas de atenção e cuidados intensivos por equipe multiprofissional, visando substituir a internação integral (PORTARIA Nº 224/1192).

No âmbito das políticas públicas, novos atores e sujeitos são constituídos. No ano de 1993, foi criada a Comissão Nacional da Reforma Psiquiátrica, vinculada ao Conselho Nacional de Saúde que, no decorrer dos anos, elaborou propostas para viabilização da Reforma Psiquiátrica, culminando, em 1995, com a aprovação do Plano de Apoio à Desospitalização. A partir de 1999, esta comissão foi substituída pela comissão Nacional de Saúde Mental, com o mesmo objetivo.

A segunda portaria, de nº 145 de 1994, estabelece a criação de um subsistema de supervisão, controle e avaliação na assistência em saúde mental nos três níveis de governo. Essa portaria permitiu um canal de denúncia de maus-tratos praticados em instituições de Saúde Mental e a solicitação de vistorias do Ministério da Saúde. Ainda naquele ano, foi criada a portaria 147, que regulamenta o projeto terapêutico de cada instituição.

Em fevereiro de 2000, foi criada a portaria 106 que estabelece a criação de serviços residenciais terapêuticos em saúde mental, em substituição à internação psiquiátrica prolongada.

Finalmente, em abril de 2001, foi aprovada a lei nº 10.216. No seu artigo 1º, ela estabelece os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental. O parágrafo único do artigo 2º enumera os 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 tratado em ambiente terapêutico pelos meios menos evasivos possíveis; IX- ser tratada preferencialmente em serviços comunitários de saúde mental.

Em janeiro de 2002, foi aprovada a portaria nº 251, que estabelece diretrizes e normas para assistência hospitalar, reclassificando os hospitais psiquiátricos e estruturando a porta de entrada para as internações.

Em fevereiro do mesmo ano, foi aprovada a portaria nº 336, que estabelece critérios de porte/complexidade e abrangência populacional aos Centros de Atenção Psicossocial (Caps). Os Caps deverão constituir-se nas seguintes modalidades: Caps I, Caps II, Caps III, Caps i II e Caps ad II. O Caps I tem capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes; o Caps II possui as mesmas características do Caps I, porém atende municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes e deve “funcionar de 08:00 às 18:00, em dois turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno, funcionando até às 21:00 horas” (Portaria 336 de fevereiro de 2002); já o Caps III atende municípios com

população acima de 200.000 habitantes. O Caps i II e o Caps ad II possuem características diferenciadas dos demais: o Caps i II é referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes e constitui-se em serviço ambulatorial de atenção diária para crianças e adolescentes com transtorno mentais; o Caps ad II, é um serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

A respeito do financiamento na Saúde Mental, podemos analisar que, embora a lei 10.216 de abril de 2001 estabeleça as diretrizes para a reorientação do novo modelo de atenção aos portadores de transtornos mentais, não foram colocadas em pauta de que forma fazer e atender todas as diretrizes estabelecidas na lei. Historicamente, os gastos com a assistência psiquiátrica sempre se referiram às despesas com internações psiquiátricas, época esta chamada de Indústria da Loucura. No período de 1986 a 1990, eram gastos com a saúde mental 9,9% da arrecadação do SUS, sendo a 4ª morbidade com mais gastos em internações hospitalares. Em 1991, entrou em vigor a Portaria 189 que alterou o financiamento das ações e serviços de saúde mental incluindo na Tabela de Procedimentos do SUS os serviços substitutivos, tais como os Caps, Naps, Oficinas Terapêuticas, Hospital-Dia.

Em 1996, os gastos com serviços comunitários representavam 0,5% daqueles com internações em hospitais psiquiátricos; no ano de 2000, os gastos com Caps, Naps e Hospital-Dia correspondem a 10% dos gastos com hospitais psiquiátricos (Ministério da Saúde, 2001).

Vale salientar que todas essas políticas são operacionalizadas e financiadas pelo Ministério da Saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), que foi criado através da Constituição Federal de 1988 e posteriormente foi regulamentado através das Leis Orgânicas da Saúde (LOAS) nº 8.080 e 8.142 de 1990. Essas leis consagraram os

princípios fundamentais incluídos na Constituição: a saúde como direito civil; o conceito ampliado de saúde, considerando sua determinação social, a construção do Sistema Único de Saúde (SUS), assegurando os seguintes princípios: universalidade, equidade, integralidade, racionalidade, resolubilidade, descentralização e participação.

No entanto, para que os Estados adotem plenamente o conceito de saúde expresso na Constituição, terão que

implementar políticas econômicas e sociais que visem a redução do risco de doenças e outros agravos e que proporcionem o acesso de todos – igualmente – às ações e serviços destinados a promover, proteger e recuperar a saúde (DALLARI, 1995, p. 120).

Portanto a saúde como direito está referida à vivência plena da condição de cidadania.

A utilização dos serviços privados de saúde iniciou-se na década de 1970, com a falência do setor público e o crescimento do setor de assistência médica privada, pois este respondia às demandas da classe média e oferecia uma alternativa ao Governo. O principal significado da privatização, no Brasil, e na maioria dos países, visa transferir ao setor privado parte das responsabilidades assumidas pelo Estado através da Constituição, tornando assim a iniciativa privada mais eficiente e competitiva, fortalecendo e ampliando seu espaço de atuação.

O surgimento das instituições privadas de saúde trouxe valores distintos e novas características e, com a visão de comércio muito evidente nestas instituições.

Conforme a Constituição em seu artigo 199, a assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

1º [...] mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência às entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

2º É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988).

De acordo com o SUS, a medicina privada deveria atuar apenas como complemento ao sistema público de saúde, e as entidades privadas ao serem contratadas têm que incorporar as normas técnicas administrativas e os princípios e diretrizes do SUS, sem oferecer níveis diferenciados entre o público e o privado.

2.3 Saúde mental versus dependência química – considerações sobre o tema

Nas últimas décadas, o uso abusivo de substâncias psicoativas vem crescendo significativamente no Brasil e no mundo, obrigando governos e também instituições não governamentais a voltarem seu olhar para esta questão, na busca de soluções de prevenção e repressão às drogas.

Segundo Organização Mundial da Saúde, a dependência química atinge em média 10% da população mundial. Desde 1990, o Ministério da Saúde define como diretriz básica de suas ações a reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, na qual a atenção à dependência química está inserida. Neste sentido, "tem como premissa fundamental a ampliação da rede ambulatorial e o fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais [...] com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes" (<http://www.saude.gov.br>). O número de hospitais psiquiátricos no país reduziu de 313, em 1991, para 260, em 2001 e dos 03 Centros de Atenção Psicossocial/Caps e Núcleos de Atenção Psicossocial/Naps existentes, passou-se para 266 em 2001. Destes, estima-se que 10% eram específicos para dependentes químicos.

Vasconcelos (2000) aponta que repercute no quadro da Saúde Mental algumas questões como a precarização do emprego, o aumento da violência social, a precarização da estrutura familiar, a precarização da assistência pública, o aumento da exclusão, entre

outros. O atual quadro impõe uma pressão nos serviços existentes, principalmente pela demanda, que engloba pessoas com história de hospitalização, pessoas que apresentam quadro de dependência química e pessoas cuja situação social pode levá-la a ter transtornos mentais.

Segundo a Secretaria Nacional Antidrogas – SENAD, 2002, p. 06:

A dependência química encontra-se classificada mundialmente entre os transtornos psiquiátricos, embora suas repercussões abranjam áreas de funcionamento não circunscritas à Medicina (social, psicológica, legal e criminal, educacional, etc.). O tratamento desse transtorno psiquiátrico deve, portanto, incluir aspectos comuns a todos os indivíduos acometidos (aspectos comuns da população de dependentes), bem como aspectos individualizados (particulares) de cada paciente.

Piccolo (2001) aponta que, as drogas, substâncias lícitas e ilícitas, e as pessoas que as usam estão presentes desde o início da existência do homem. Mas em outras épocas, e em outras sociedades e culturas essa questão teve e tem significados diversos daquele que se dá às substâncias e seus usuários na nossa sociedade.

A atual legislação, nº 10.409 (Anexo D), de 11 de janeiro de 2002, que dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas lícitas que causem dependência física ou psíquica, não diferencia o usuário do experimentador. Nada importa se consumiu droga uma vez ou se reiteradas vezes. Dependente, usuário e experimentador receberão o mesmo tratamento.

A nova Lei estabelece, sem qualquer distinção, que o dependente e o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica, relacionados pelo Ministério da Saúde, podem ser submetidos à internação ou tratamento ambulatorial.

Conforme o parágrafo 1º do art. 12 da referida Lei, “o tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional, e sempre que possível, com a assistência da família”.

Segundo Paulo R. Yog M. Uchoa, Secretário Nacional Antidrogas, a droga atinge hoje, indistintamente, homens e mulheres de todos os níveis sociais e econômicos - independente da idade, do grupo étnico, do nível de instrução e de profissionalização -, afetando as sociedades, em todos seus setores. Seus efeitos podem ser detectados nos crescentes gastos com tratamento médico e internação hospitalar, no aumento do número de mortes prematuras, no crescimento nos índices de acidentes de trânsito, de acidentes do trabalho e de violência urbana e, ainda, na perda de produtividade dos trabalhadores.

Diante da gravidade do quadro, o assunto vem recebendo tratamento de alta prioridade pelo governo federal, dentro do princípio do compartilhamento das responsabilidades com os governos estaduais e municipais, setor produtivo e sociedade civil. A orientação adotada é a de que o combate ao uso indevido de substâncias psicoativas exige que, não só o setor público, mas todos cidadãos brasileiros, se conscientizem da magnitude do problema e se mobilizem e atuem de forma efetiva, integrando esforços e maximizando resultados. Dessa forma, os governos estaduais e municipais têm sido estimulados a empreender as ações antidrogas em seus respectivos estados e municípios, instituindo conselhos normativos, deliberativos e de natureza paritária - com representação dos principais órgãos públicos, do setor produtivo, da comunidade científica e da sociedade civil.

Em 11 de dezembro de 2001 houve o lançamento da Política Nacional Antidrogas pelo então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, que representou um importante marco no esforço nacional de combate às substâncias

psicoativas. O documento estabeleceu os objetivos, as diretrizes e as estratégias para a ação antidrogas.

Paulo Roberto Y. de M. Uchoa pontua a importância da Política Nacional Antidrogas “reconhecer a diferença entre o usuário ou dependente e o traficante de drogas, admitindo que a dependência - antes de se configurar crime, deve ser considerada uma doença, precisando receber tratamento adequado” (<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/drogas.htm#introdução>).

A Política da Secretaria Nacional Antidrogas afirma, ainda, a opção brasileira pela municipalização das ações como estratégia adequada para conceder a necessária capilaridade à mensagem antidrogas e potencializar a participação do setor privado e da sociedade civil no esforço de combate às substâncias psicoativas. Dessa forma, atribuiu aos Municípios brasileiros o papel desafiador de atuar como instância de formação de uma consciência social refratária ao consumo indevido de drogas e aos Estados a tarefa de acompanhá-los na sua esfera de atividades, tudo em consonância com a Secretaria Nacional Antidrogas - Senad, cuja missão, como órgão executivo do Sistema Nacional Antidrogas, é a de articular, organizar e orientar, em nível nacional, as ações da Política Nacional Antidrogas, estimulando a sua municipalização. E esse trabalho a Secretaria vem desenvolvendo com o auxílio da Rede Integrada Senad - Conselhos Estaduais de Entorpecentes.

2.3.1 Principais aspectos da dependência química

O uso indevido de substâncias psicoativas passou a ser reconhecido como uma grande ameaça à sociedade em todo o mundo. Não apenas no Brasil, mas todos os países gastam enormes quantias de dinheiro para seu controle ou em função de suas conseqüências. Os custos da dependência incluem gastos pessoais e familiares, do sistema de saúde, de perdas laborais, de redução de impostos, do sistema judicial e correccional, de serviços policiais, exercendo um peso importante no orçamento nacional.

Muito mais importante que a preocupação com o custo, é a constatação do elevado número de brasileiros que têm suas vidas comprometidas ou tolhidas pelo consumo. Não é de se estranhar, portanto, que os efeitos do uso sejam perceptíveis em toda a sociedade. Suas conseqüências e prejuízos não se restringem ao usuário, espalhando-se por todas as suas áreas de convívio: a família, vizinhos, emprego e comunidade. É na dimensão familiar, aliás, onde as conseqüências mais drásticas desta doença são observadas.

O impacto que a dependência química provoca nos membros da família, manifesta-se, principalmente, através da ruptura e desorganização das relações interpessoais, acarretando conseqüente prejuízo para o desenvolvimento das pessoas e a qualidade de vida e saúde daqueles que convivem com este problema. Desta forma, pode-se perceber o quanto a família é afetada, ou seja, a dependência química é uma doença que atinge não apenas a pessoa individualmente, mas a família como um todo e, portanto, não existe apenas um ser que necessita de cuidado, e sim uma família (BAHNIUK e LINDIG, 2002, p. 17).

Devemos entender a dependência química como uma doença biopsicossocial, tanto em suas causas quanto em suas conseqüências, formada por componentes biológicos, psicológicos e de contexto social ou ainda ter a contribuição resultante de todos esses fatores.

Biologicamente, entende-se que a dependência química pode se desenvolver ou não, dependendo de características biológicas inatas. Fatores genéticos podem contribuir para a maior ou menor probabilidade do uso de substâncias químicas. Psicologicamente, a dependência química pode justificar-se ou não por traços de personalidade, como insegurança, timidez ou passividade. No âmbito do social e diante de tantos problemas sociais, como violência, desemprego, pobreza, negligência dos direitos dos cidadãos, exclusão social, muitos recorrem às drogas para alívio imediato de seus problemas. Ao lado disso, existem muitas evidências de que normas culturais em relação ao consumo de substâncias químicas, especialmente do álcool, têm papel importante no desenvolvimento da dependência.

Conforme considerações constantes no boletim informativo do Instituto São José, a dependência química é tratada como um transtorno crônico que pode ser controlado, desde que o dependente deseje honestamente tratar-se. Para tanto, é preciso que o indivíduo reconheça sua problemática com o álcool e/ou outras substâncias psicoativas, conscientizando-se de sua dependência e da necessidade de mudança em seus hábitos de vida.

Segundo Secretaria Nacional Antidrogas - Senad, 2002, p. 14:

Dependência é o impulso que leva a pessoa a usar uma droga de forma contínua (sempre) ou periódica (freqüentemente) para obter prazer. Alguns indivíduos podem também fazer uso constante de uma droga para aliviar tensões, ansiedades, medos, sensações físicas desagradáveis, etc. O dependente caracteriza-se por não conseguir controlar o consumo de drogas, agindo de forma impulsiva e repetitiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica o abuso de drogas como uma doença social epidêmica e, como toda epidemia, apresenta três elos fundamentais: o agente (a droga), o hospedeiro (a pessoa) e o ambiente (escola, grupo e família).

O consumo abusivo das substâncias psicoativas produz inúmeras conseqüências tanto para o consumidor quanto para o meio social no qual ele vive (família,

amigos, trabalho, etc.). A compulsão que leva o indivíduo a procurar as drogas, aqui entendidas, segundo Secretaria Nacional Antidrogas, como substâncias utilizadas para produzir alterações, mudanças nas sensações, no grau de consciência e no estado emocional, é classificada pela Organização Mundial da Saúde como dependência química, doença incurável e progressiva. As alterações causadas por essas substâncias variam de acordo com as características da pessoa que as usa, qual droga é utilizada e em que quantidade, o efeito que se espera e as circunstâncias em que é consumida.

Cada tipo de droga tende a produzir efeitos diferentes no organismo e cada usuário, com suas características biológicas e psicológicas, tende a apresentar reações diversas sob a ação dessas substâncias.

As drogas podem ser classificadas em três grupos, de acordo com a atividade que exercem junto ao nosso cérebro:

- Depressores da Atividade do Sistema Nervoso Central (SNC): podem também ser chamadas de psicolépticos; as drogas mais consumidas são: álcool, barbitúricos (ex.: soníferos, alguns benzodiazepínicos), narcóticos (ex.: morfina, heroína) e inalantes ou solventes (ex.: colas, tintas, removedores). O indivíduo fica “desligado” ao que acontece ao seu redor, desinteressado, mesmo que, num primeiro momento, esse tipo de droga cause um estado de euforia. Afeta os reflexos e a coordenação motora;
- Estimulantes da Atividade do Sistema Nervoso Central (SNC): recebem também o nome de psicoanalépticos; as drogas mais consumidas são: anorexígenos (anfetaminas – popularmente chamadas “bolinhas”), cafeína, tabaco e cocaína e seus derivados, como o “crack”. As drogas estimulantes aumentam a atividade das células nervosas, dando ao indivíduo sensação de euforia, reduzindo a fome e o sono;

- Perturbadores da Atividade do Sistema Nervoso Central (SNC): as drogas mais consumidas são: de origem vegetal (ex.: maconha, THC, mescalina, psilocibina, lírio) e de origem sintética (ex.: LSD-25, “êxtase”, anticolinérgicos). Esta categoria de drogas perturba e desgoverna a atividades das células nervosas, fazendo com que o indivíduo perceba as coisas de forma distorcidas, esquisitas ou deformadas (“viagens”).

De acordo com Masur (1986, p. 16), “é importante lembrar que os psicotrópicos também atuam noutros sistemas do corpo que não o cérebro, como por exemplo, o coração, os intestinos, os vasos sanguíneos”.

As substâncias psicoativas podem também ser classificadas quanto ao uso (lícitas e ilícitas), quanto à origem (naturais e sintéticas) e quanto à utilização (aspiradas, ingeridas, fumadas e injetadas).

Existem duas formas principais em que a dependência química se apresenta: a dependência física e a dependência psicológica.

A dependência física caracteriza-se por sintomas e sinais físicos que surgem quando o indivíduo pára de usar a droga ou diminui bruscamente o seu uso, o que é chamado de síndrome de abstinência. A dependência física é o resultado da adaptação do organismo, independente da vontade do indivíduo (Ballone, 2001). Os sinais e sintomas de abstinência dependem do tipo de substância utilizada e aparecem horas ou dias depois que a droga foi consumida pela última vez. No caso de alcoolistas, por exemplo, a abstinência pode causar desde tremor nas mãos a náuseas, vômitos e até a um quadro mais sério denominado “*delirium tremens*”¹.

¹ O *delirium tremens* caracteriza-se por distúrbios motores, ansiedade, alucinações auditivas, visuais e tateais, consciência confusa, insônia, cansaço, tremores e dificuldades na fala. Repetindo-se esse quadro, surgem alterações mais graves, com o indivíduo perdendo a memória e desorientando-se no tempo.

Já a dependência psicológica corresponde a um mal-estar e desconforto que aparece quando o dependente químico interrompe o uso da droga. “A dependência psicológica indica a existência de alterações psíquicas que favorece a aquisição do hábito” (Ballone, 2001). Em estado de dependência psicológica, o desejo de usar droga transforma-se em necessidade. Os sintomas geralmente são ansiedade, sensação de vazio, dificuldade de concentração.

Ballone (2001) pontua os requisitos básicos da dependência química, que são:

1 - forte desejo ou compulsão para consumir a substância; 2 - dificuldade no controle de consumir a substância em termos do seu início, término ou níveis de consumo; 3 - estado de abstinência fisiológica quando o uso cessou ou foi reduzido (sintomas de abstinência ou uso da substância para aliviá-los); 4 - evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; 5 - abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento do tempo necessário para obter ou tomar a substância psicoativa ou para se recuperar dos seus efeitos; 6 - persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas, tais como dano ao fígado por excesso de álcool, depressão conseqüente a período de consumo excessivo da substância ou comprometimento cognitivo relacionado à droga (<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/drogas.htm#introducao>).

Mesmo que o uso de substâncias psicoativas pareça sob controle, acaba sempre subjugando o usuário, pois é o cérebro o principal alvo das drogas psicotrópicas, as quais afetam seu funcionamento normal e é ele que, fundamentalmente, garante a saúde física, mental e emocional das pessoas.

Salientamos que nem todo usuário de drogas se torna dependente. Exemplo clássico é a maioria de pessoas que consomem álcool e que, no entanto, não são alcoolistas. Existem pessoas que experimentam drogas por curiosidade ou o fazem apenas uma vez ou outra, o que configura um uso experimental. Já outras usam de vez em quando, esporadicamente, sem maiores conseqüências, é o uso ocasional. Contudo, existem alguns que utilizam drogas de forma intensa, descontroladamente, com conseqüências danosas, e

estes possuem a dependência. Porém, o uso, mesmo que experimental, pode provocar danos à saúde. Convém pontuarmos que, no caso do alcoolismo, é difícil perceber quando um indivíduo deixa de ingerir bebida alcóolica “socialmente” (uso ocasional) e torna-se um alcoolista (dependência) porque esta transição é muito lenta, ficando muito complicado limitar onde termina um estágio e começa o outro.

2.3.1.1 Alcoolismo – a droga de maior consumo

A maioria das pessoas considera o álcool um componente normal à vida social. É cientificamente comprovado que, tomado em pequena quantidade, é bom para a saúde. Todavia, o outro lado da moeda é trágico.

Murad (1998, p. 149) pontua que “o consumo do álcool constitui, sozinho, problema maior do que todas as outras drogas reunidas”. Uma característica importante é que o álcool é a única droga, que mesmo tendo um grande número de consumidores habituais, a maioria não se torna dependente. Outra característica única do álcool é que é a única droga que produz calorias, podendo ser considerado como um alimento, mas um alimento pobre, pois não possui proteínas nem vitaminas.

O alcoolismo é caracterizado pela dependência do etanol (álcool). Do ponto de vista médico, é uma doença na qual o indivíduo deseja e consome etanol sem saciedade, torna-se cada vez mais tolerante aos seus efeitos (embriaguez) e, quando a ingestão é interrompida, exibe sinais e sintomas de abstinência como evidência da dependência física ao etanol. Existe a vontade compulsiva de ingerir o álcool, sem pensar na família, na saúde, nos amigos e na vida profissional. O grau de dependência pode ser extremamente variável. O alcoolismo é um fenômeno conhecido pela perda do controle e que ocorre em

conseqüência a uma reação fisiológica em cadeia desencadeada por uma quantidade inicial de álcool. Esta reação leva a ingestão de quantidades cada vez maiores.

O alcoolismo é uma doença primária, progressiva, crônica e fatal. Assunção (apud Ramos, 2001, p. 17) explica que é

Progressiva: porque os sintomas vão se intensificando, à medida que o alcoolista continua a usar bebidas alcóolicas, com aumento das doses e diminuição do intervalo de tempo entre as mesmas;

Crônica: porque uma vez que o indivíduo tornou-se dependente do álcool, só se manterá sem beber se evitar qualquer aporte desta substância no seu organismo, seja vinagre, ou xarope, ou qualquer bebida ou alimento que contenha álcool;

Fatal: porque causa severos danos em todos os planos da vida do indivíduo alcoolista.

A ingestão do álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora. Nos primeiros momentos, após a ingestão do álcool, podem aparecer os efeitos estimulantes, como euforia, desinibição e maior facilidade para falar. Com o passar do tempo, começam a aparecer os efeitos depressores, como falta de coordenação motora, descontrole e sono. Quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo provocar o estado de coma. Os efeitos do álcool variam de intensidade de acordo com as características pessoais. Dentre esses, podemos citar:

Tolerância - significa que você terá que beber mais para sentir o mesmo bem-estar que podia ser alcançado antes com menos bebida.

Blackouts - é o esquecimento do que se fez quando se estava alcoolizado. A pessoa fica com um lapso na memória que dura horas.

Riscos aumentados - altos níveis alcoólicos estão associados com acidentes de trânsito (50% dos acidentes de trânsito estão relacionados ao uso de álcool), problema legais/policiais, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis, estupro, aumento de peso e ressaca.

O processo de desenvolvimento da dependência da doença estabelece-se, basicamente, em três etapas:

1. Etapa da bebida excessiva - o indivíduo passa muito tempo bebendo socialmente; a frequência do consumo aumenta semanalmente; sente culpabilidade pelos seus hábitos e irrita-se quando se fala no assunto; o álcool passa a ser imprescindível na sua vida social e no trabalho.
2. Etapa da dependência alcoólica - começa a perder o controle sobre a bebida e beber compulsivamente; a embriaguez passa a ser frequente; ocorre a perda da auto-estima; as relações interpessoais deterioram-se; deixa de cumprir as suas obrigações no trabalho; a degradação física começa a ser notória; faz tentativas frustradas para deixar de beber; manifesta impulsos ou tentativas de suicídio.
3. Alcoolismo crônico – o dependente passa os dias a beber, não distinguindo o tipo de bebida; a ingestão de alimentos é reduzida; os sintomas mentais e físicos apresentam-se a um nível de bastante gravidade; a tolerância ao álcool diminui; surgem problemas físicos graves que o levam a urgentes cuidados médicos; vive predisposto ao *Delirium tremens*.

Em várias instâncias percebe-se os reflexos negativos do alcoolismo: no trabalho, na família e na saúde. No primeiro, o uso compulsivo do álcool constitui-se em atividade grave e perigosa, responsável por danos físicos, perda de produtividade e custos para o empregador. Vale ressaltarmos que o indivíduo alcoolizado no local de trabalho pode ser demitido por justa causa.

Na família, o alcoolismo é responsável por diversos sentimentos que tornam a situação da dependência cada vez mais insustentável, como: vergonha, raiva e ressentimento por promessas não cumpridas, por agressões físicas e verbais, dificuldades no relacionamento sexual, sentimento de culpa e de fracasso, irritação, problemas emocionais nos filhos, desajuste financeiro, modificação de papéis, entre outros. Os

membros da família, após conviverem longo tempo com o alcoolista, tornam-se também doentes, com necessidade de tratamento, pois alguns adquirem neuroses profundas que abalam suas estruturas, impedindo o seu desenvolvimento normal como seres humanos.

Na saúde, o álcool provoca a degeneração do organismo. As alterações produzidas são principalmente gastrointestinais (câncer esofágico, varizes esofágicas, gastrites, úlceras e cirrose), cerebrais (dificuldade de concentração e falta de memória), mentais (depressão e psicoses), neuromusculares (cãibras, “formigamento” e perda da força muscular), sexuais (impotência e infertilidade) e cardiovasculares (hipertensão).

2.3.1.2 Da prevenção

Entendendo o tratamento como algo difícil e interminável, a prevenção se impõe como ação primeira, o que nos faz pensar que a população alvo das ações preventivas são as crianças, que ainda não passaram pela oferta da droga. Tal medida consiste em fornecer informações e dar formação (Cavalcante, 2000).

Pesquisas feitas junto a usuários, até mesmo com toxicômanos, têm indicado que o contato com as drogas começa muito cedo, algo em torno dos 11 aos 13 anos. Ora, falar em prevenção é reportar-se a uma idade anterior. Não sendo exagero dizer que a prevenção, na escola, deveria começar no próprio maternal ou jardim de infância. Nem tanto falando em drogas, mas nas qualidades do bem viver, do bem estar com a saúde e com a vida. Deixar para falar mais tarde, na puberdade ou adolescência, estaremos chegando tarde... (CAVALCANTE, 2000, p. 83).

O controle rigoroso das substâncias psicoativas é fator fundamental na prevenção do seu uso e abuso.

Como já dito anteriormente, o ambiente favorável à difusão do uso indevido de drogas encontra-se, geralmente, na escola, na família e no grupo.

Do ponto de vista social, à escola tem sido atribuída responsabilidades importantes. É chamada a intervir em alguns problemas e tem-se cobrado dela a solução do problema da droga entre os jovens.

Murad (1998) pontua que os professores, diretores, educadores em geral, devem apresentar fatos científicos concretos e atuais, sem fazer pregações, ministrar lições de moral, dramatismo ou sensacionalismo. Acrescenta, ainda, que medidas punitivas drásticas não auxiliam muito e que procurar ajudar o usuário deve ser a tônica da atitude do professor.

A família é muito importante na problemática do abuso de substâncias psicoativas. Na prevenção, é fundamental aos pais doar parte do tempo aos filhos, até porque esse processo exige sacrifícios. Para Murad (1998, p.128), “o que torna os jovens confusos é verificar os pais seguirem a filosofia do ‘faça o que eu digo, e não o que eu faço’” e, muitos filhos, se miram na figura dos pais e procuram imitá-los, tanto nas suas qualidades quanto nas suas fraquezas. “O que elas (as crianças) precisam notar é decência, coerência e consistência naquelas pessoas que mais admiram e nas quais se miram como modelos” (Murad, 1998, p. 128). A família permanece como o local onde a prevenção pode ser bem sucedida (ou não), devendo os pais utilizarem-se de amor, carinho, compreensão e diálogo.

O grupo ou a turma, no que tange ao abuso de drogas, tem sido encarado como força negativa, sendo a pressão do grupo ou da turma fator importante na experimentação e no abuso de drogas. O adolescente, em sua maioria, tem forte desejo de se relacionar e ser aceito por pessoas de sua idade. Mais que os adultos, os jovens possuem uma imaturidade, curiosidade, espírito de aventura, modismos característicos da fase, e isso são causas do elevado nível de uso de drogas na adolescência. Contudo, conforme pontua Murad (1998, p. 131) “grupos de jovens têm sido preparados em programas específicos desenvolvidos

por especialistas”. Depois de bem treinados, são capazes de abordar outro jovem sobre assunto tão sensível como abuso de drogas. A pressão do grupo pode ser uma influência tanto negativa quanto positiva. O ideal é saber dirigi-la no bom sentido.

A mídia tem importante papel na tarefa de prevenção, já que tem a função de manter a população informada. É importante que se aborde não apenas as questões ligadas ao tráfico, à dependência e às drogas, mas também as iniciativas das mobilizações comunitárias e a complexidade dos fatores envolvidos, evitando abordagens alarmistas e sensacionalistas.

O Estado também se utiliza de formas de prevenção, através da repressão ao tráfico e ao consumo e ao combate policial nos pontos de venda de drogas. Contudo, as mesmas medidas não são tomadas quando se trata de substâncias legalizadas. Ressaltamos que o combate às drogas ilegais é difícil e complicado porque envolve um complexo de situações, como dinheiro, crime, tráfico, corrupção, etc.

2.3.1.3 Do tratamento

O tratamento de dependentes químicos já vem de longa data e é uma das maneiras de minimizar os prejuízos que costumam ocorrer na vida do indivíduo, de seus familiares, de seus vizinhos e possíveis empregadores, e da comunidade como um todo. Contudo, existem pessoas que convivem com a doença durante anos e, mesmo assim, ignoram o problema. Os motivos para esse comportamento são muitos: a crença de que o quadro irá melhorar, a crença de que a vida é assim mesmo, além do desconhecimento de que a dependência química é uma doença. Devido a esses posicionamentos, a dependência química acaba sendo detectada muito tarde, o que dificulta a recuperação do indivíduo.

Conforme Kowalsky (1997, p. 23),

Acreditamos e compreendemos o fato de que seja extremamente difícil às pessoas da família e/ou àquelas emocionalmente envolvidas com um dependente de álcool e de outras drogas [...] conseguirem introjetar e aceitar a idéia de que a dependência é uma doença, ao contrário do que se concebe em termos de senso comum. Compreender a “posição” dos familiares, porém, não significa pactuar com ela. Nesse âmbito, reconhecemos um significativo espaço de intervenção no Serviço Social, tendo em vista a sua contribuição no fortalecimento de laços familiares, bem como no processo de educação e compreensão dessas questões.

O tratamento da dependência química começa com a abstinência, embora o processo de recuperação tenha início no momento que o indivíduo entra em contato com o sistema de saúde. A estratégia terapêutica pode ser a internação ou acompanhamento ambulatorial. A internação seria a definição concreta da abstinência, pois afasta o indivíduo de seu habitat, inclusive de seu ambiente de consumo, sendo geralmente indicada nos casos mais graves. Contudo, a internação deve ser entendida como uma estratégia terapêutica, parte inicial do tratamento. Preferencialmente, a continuidade do tratamento deve estar vinculada a segmento ambulatorial e a grupos de auto-ajuda, isto porque a recuperação do paciente começa, e não termina, com a promoção da abstinência.

A Senad (2002) pontua as situações em que o tratamento em regime de internação são obrigatórios: 1. Paciente com ameaça de suicídio ou comportamento auto-destrutivo; 2. Paciente que ativamente ameaça a integridade física de outros; 3. Paciente com sintomas psiquiátricos graves (psicose, depressão, mania); 4. Presença de complicações clínicas importantes; 5. Necessidade de internação por dependência de outra substância; 6. Falhas recorrentes na promoção da abstinência em nível ambulatorial; 7. Não possuem suporte social algum, ou seja, seus relacionamentos são exclusivamente com outros usuários.

Durante o processo da dependência, o paciente estabelece uma rotina de consumo e o uso de substâncias psicoativas passa a ser uma atividade quase natural. Tem-

se então a necessidade de criar estratégias, que são individualizadas, de enfrentar situações que possam possibilitar o contato novamente do paciente com as drogas. Neste sentido, um outro aspecto que deve ser abordado é a estruturação de uma rotina básica e um sistema fundamental de suporte. Sobre isso, a Senad (2002, p. 11) esclarece que

É importante ocupar o paciente que inicia o tratamento com atividades que possam afastar sua atenção da falta do uso das drogas. Atividades produtivas, que anteriormente nunca foram cumpridas de forma satisfatória, devem ser incluídas na rotina. Atividades assistidas são essenciais no início do processo, acompanhadas por elemento do sistema de suporte do indivíduo. Este corresponde aos contatos saudáveis do paciente que possam ser agregados paralelamente no seu processo terapêutico.

Washton (1989, apud Senad, 2002) criou as “Sete regras básicas para interrupção do consumo de cocaína”, que também são válidas para dependentes de outras drogas e/ou álcool. São elas: 1. O momento de parar é agora; 2. Deve-se parar o consumo de uma vez; 3. Parar todas as drogas de abuso, incluindo álcool e maconha; 4. Mudar o estilo de vida; 5. Sempre que possível, evitar situações, pessoas e ambientes que causem fissuras; 6. Procurar outras fontes de prazer; e 7. Cuidados pessoais com aparência, alimentação, exercícios físicos, entre outros.

O tratamento da dependência química deve ter característica multidisciplinar, contando com a participação de profissionais de especialidade diversas (psiquiatra, clínico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, etc.), desenvolvendo estes, ao mesmo tempo, um trabalho autônomo e integrado na estratégia de recuperação do indivíduo.

Os grupos de mútua-ajuda são modelos que integram o arsenal terapêutico para a população dependente. Sobre eles, a Senad (2002, p. 22) comenta que

têm características de grupo leigo e voluntário, sem qualquer ônus para a comunidade e a sociedade em geral. Estima-se que atualmente 1.000.000 (um milhão) de pessoas atualmente freqüentem as reuniões de AA (Alcoólicos Anônimos) em todo o mundo. Embora não possa ser considerado tratamento propriamente dito, os grupos de mútua-ajuda são agentes operacionais na recuperação e reinserção social de dependentes

químicos, atuando ainda na reestruturação familiar e na prevenção à dependência.

O Alcoólicos Anônimos surgiu nos Estados Unidos em 1935 e é considerado um dos primeiros esforços para auxiliar o dependente químico. Os grupos de mútua-ajuda concebem-se como uma irmandade ou sociedade sem fins lucrativos, de homens e mulheres dependentes que se reúnem e se utilizam de princípios espirituais para se chegar à liberdade da dependência química e uma nova forma de vida.

Ao lado dessa modalidade, existem também as Comunidades Terapêuticas, que são modelos de tratamento residenciais baseados na premissa de que, quando não é possível promover mudanças no indivíduo dependente químico, é necessário mudar seu ambiente. As internações aqui costumam ser longas (podem durar meses), o que aparentemente aumenta a chance de obter sucesso após a alta.

No contexto do tratamento da dependência química, a partir, principalmente, da mudança do paradigma que altera com o modelo de assistência ao portador de transtorno mental, a Reforma Psiquiátrica trouxe no seu bojo todo um movimento em favor da dignidade e cidadania do paciente e da inserção de técnicas e recursos para o desenvolvimento dessa condição, seja com a criação de centros de atenção, com a hospitalização como recurso terapêutico para desintoxicação em situações mais complexas, com a inserção da Reabilitação Psicossocial, entre outros.

Dessas alternativas, a Reabilitação Psicossocial foi um dos temas que buscamos desenvolver, face a importância dessa atividade terapêutica como coadjuvante em todo o processo de tratamento da doença mental, inclusive no contexto da dependência química. Vale dizer que a Reabilitação Psicossocial vem como uma medida e dinâmica para resgatar aspectos da subjetividade e sociabilidade dos pacientes em recuperação.

3 REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL: UMA ALTERNATIVA TERAPÊUTICA NO TRATAMENTO DA DEPENDÊNCIA QUÍMICA

3.1 Reabilitação Psicossocial – considerações

Antes de discorrermos sobre a proposta propriamente dita, faz-se necessário apresentar em qual contexto a mesma está inserido, visando fundamentar teoricamente a atuação profissional.

Sabe-se que muitos estudos priorizam os aspectos relacionados apenas à funcionalidade do indivíduo, no qual os aspectos orgânicos e físicos são enfatizados, em detrimento da atenção às subjetividades, à existência de um mundo interno, de onde surgem as emoções e sentimentos que possibilitam a compreensão do sujeito, a partir de seu cotidiano e dos diferentes âmbitos de atuação e de relacionamento social: trabalho, lazer, moradia, entre outros. Estas propostas orientadas basicamente por um olhar médico pouco informam sobre as necessidades, desejos e possibilidades do sujeito.

Os estudos da subjetividade, que refletem sobre os modos de pensar, agir, sentir; viver e existir do homem têm constituído um campo privilegiado para pesquisas que buscam atender à complexidade do sujeito, no qual as artes, as atividades expressivas como a dança, o trabalho corporal, a música, o teatro são compreendidas como meios, ferramentas que possibilitam o estabelecimento de vínculos e a concretização dos conteúdos emocionais, sentimentos e desejos e a efetivação de processos de expressão, conhecimento de si e do mundo.

Ao voltarmos nosso olhar para a Reabilitação Psicossocial e orientados para as questões da cidadania e outros aspectos que envolvem o ser humano, ficamos mais atentos às diversas formas de recursos, onde os projetos de trabalho em oficinas de expressão

criativa e trabalhos produtivos, entendidos como projetos terapêuticos, colaboram nesse processo.

Segundo Benedetto Saraceno (2001), a Reabilitação Psicossocial é tida atualmente em todo o mundo como uma necessidade e exigência ética que, portanto, deve pertencer a um grupo de profissionais com prioridades éticas, englobando a todos os atores do processo saúde-doença (usuários, família e comunidade). Este autor faz duas reflexões a respeito da Reabilitação Psicossocial. A primeira esclarece que a intenção da mesma não é discutir teatro, pintura, artes plásticas, e sim a necessidade de indivíduos que exerçam a cidadania. Em si, o teatro, a pintura, a escultura ou outra arte qualquer é uma transição construtiva que visa um fim, é apenas um dos fragmentos do exercício da cidadania. O objetivo maior é a construção de um sentimento de pertencimento em relação às comunidades que possa culminar, por exemplo, em alterações nos modos de conviver com a família ou em maior circulação na rede social, ao fazer parte de um coletivo. Essas estratégias de integração de todos os membros de uma sociedade constituem hoje o objetivo fundamental das práticas na área de saúde. Na segunda reflexão, ele questiona quais seriam as variáveis que influenciam na melhora ou na piora dos pacientes. O autor mesmo responde dizendo que se distribuem em dois extremos: um micro e um macro. O micro está no nível da afetividade, do vínculo entre paciente e profissional e o macro está na maneira como o serviço está organizado (se está aberto 24 ou 12 horas, se está aberto à comunidade, se tem aprovação dos usuários, se satisfaz as pessoas que atende e aos profissionais que nele se inserem, se utiliza-se de recursos vindos da comunidade ou somente de recursos institucionais).

Para Saraceno (2001), o processo de reabilitação seria um processo de reconstrução, um exercício de cidadania e de contratualidade nos três cenários que fazem parte da vida de todo ser humano: casa, trabalho e rede social (espaços de troca).

Muitos pacientes têm um nível de contratualidade no seu espaço habitacional que tende a zero, ou porque não têm casa e isso é um marco, ou porque têm casa e sua casa é um marco, ou porque não têm rede social, ou porque não podem, ou porque têm uma capacidade de produção social muito baixa, muito limitada, e então perdem no nível da contratualidade. Essa é a grande troca afetiva e material do ser humano; a habilidade do indivíduo em efetuar suas trocas (SARACENO, 2001, p. 16).

Outro autor que comenta a respeito da contratualidade é Kinoshita. Ele acredita que “reabilitar pode ser entendido como um processo de restituição do poder contratual do usuário, com vistas a ampliar a sua autonomia” (Kinoshita, 2001, p. 56).

O poder contratual seria o poder de troca, partindo do pressuposto que no universo social, as relações de troca são pré-condição para qualquer processo de intercâmbio. No caso da pessoa portadora de transtorno mental e, igualmente, dependente química, esse valor anula-se porque tudo que parte dela é suspeito, é incompreensível, poucas coisas são confiáveis e levadas a sério, o que torna praticamente impossível qualquer possibilidade de troca, e tudo isso porque a pessoa é vista apenas na sua dimensão de doente, não é tida como sujeito social. Reabilitar, então, seria criar condições de possibilidade para que um paciente possa, de alguma maneira, participar do processo de trocas sociais, “produzir dispositivos em que, desde uma situação de desvalor quase absoluto (pressuposto) possa-se passar por experimentações, mediações, que busquem adjudicar valores aptos para o intercâmbio” (Kinoshita, 2001, p. 56).

Quando no tratamento, a contratualidade do usuário vai estar determinada primeiramente pela relação estabelecida pelos próprios profissionais que o atendem e da capacidade de oferecer a este usuário ações práticas que modifiquem as condições concretas de vida e a iniciação a sua autonomia, entendida por Kinoshita (2001, p. 57) como “a capacidade de um indivíduo gerar normas, ordens para a sua vida, conforme as diversas situações que enfrente”.

Baseado na sua prática profissional, Saraceno comenta que, podemos pensar ou afirmar que a pré-condição do relacionamento entre as pessoas é a troca, o negócio. “As oportunidades de trocas materiais e simbólicas são oportunidades precedentes na construção da capacidade relacional do sujeito” (Saraceno, 2001 p. 151). Outra questão importante que o autor nos chama a atenção é não pensar que a Reabilitação Psicossocial vise tornar os que são fracos em fortes. “A Reabilitação não é um processo para adaptar ao jogo dos fortes, os fracos. Mas, pelo contrário, a reabilitação é um processo para que se mudem as regras e os fortes possam conviver, coexistir, no mesmo cenário que os fracos” (Saraceno, 2001, p. 151).

Essa idéia difere-se um pouco do que se vem pensando. O que se pretende é que aquele que tenha a desabilidade possa estar na mesma cena daquele que é considerado forte. Essas perspectivas ainda não foram teorizadas e, por isso, Saraceno fala em práticas à espera de teoria, o que é uma situação perigosa porque não há como pensar que existam práticas sem um modelo de sustentação. Na pressa e na angústia em encontrar a teoria que possa justificar a prática, corremos o risco de cometer dois erros. O primeiro é de retomarmos antigos modelos de referências, antigas teorias, nos quais o modelo das clínicas, cujas referências são insatisfatórias pelas práticas terapêuticas dos últimos cem anos. O segundo é de seguirmos uma ideologia de referência ao invés de uma teoria de referência. E existem muitas ideologias, como, por exemplo,

A ideologia de capacitar os descapacitados a tomarem partido numa sociedade forte e, então, pensar a Reabilitação Psicossocial como um processo de fortalecimentos das fraquezas, ou ideologias populistas que pensam que os fracos devem ser apoiados pois a sociedade, muito má, os condenou à marginalidade, que é um ranço de uma retórica reabilitativo-populista muito perigosa e ideológica (SARACENO, 2001, p. 152).

Saraceno acredita que uma das referências que devam ser construídas está, por exemplo, na substituição da palavra clínica, que vem do grego “clinós” e quer dizer cama

ou leito, o que etimologicamente significa que o paciente está inclinado e o médico acima, e esta é uma visão hipocrático-médica muito antiga. Contudo, sabemos que nos dias atuais quando nos referimos à clínica não pensamos em leitos nem em camas, o que não quer dizer que, para este autor, não haja uma necessidade de mudança de termos.

Fala-se em Reabilitação Psicossocial há aproximadamente quatro décadas e seu nome tem sido utilizado em múltiplos sentidos. No seu sentido instrumental, Ana Pitta (2001, p. 19) declara que a Reabilitação Psicossocial “representa um conjunto de meios (programas e serviços) que se desenvolvem para facilitar a vida de pessoas com problemas severos e persistentes”. Comenta ainda, que, segundo a definição clássica da *International Association of Psychosocial*, de 1985, a Reabilitação Psicossocial seria

[...] o processo de facilitar ao indivíduo com limitações, a restauração, no melhor nível de autonomia do exercício de suas funções na comunidade [...] o processo enfatizaria as partes mais sadias e a totalidade de potenciais do indivíduo, mediante uma abordagem compreensiva e um suporte vocacional, residencial, social, recreacional, educacional, ajustados as demandas singulares de cada indivíduo e cada situação de modo personalizado (apud PITTA, 2001, p. 19).

O termo Reabilitação Psicossocial suscita inúmeras interpretações e está associado a iniciativas articuladas que buscam reduzir o poder cronificador e desabilitante dos tradicionais tratamentos, desenvolvendo-se dentro e fora dos hospitais através de inúmeras técnicas, como *skill training*, terapia vocacional, psicoeducação, grupos operativos, ateliês terapêuticos, etc.

Para a Organização Mundial da Saúde,

a Reabilitação Psicossocial seria o conjunto de atividades capazes de maximizar oportunidades de recuperação de indivíduos e minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças através do desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (WHO, 1987; De GIROLAMO, 1989 apud PITTA, 2001, p. 21).

Etimologicamente, a palavra Reabilitação tem um sentido de recobrança de crédito, estima ou bom conceito perante a sociedade. No sentido “ortopédico”, é a recuperação de faculdades físicas ou psíquicas dos incapacitados, buscando o retorno à fisiologia “normal”. Quando acrescida da palavra psicossocial, a Reabilitação se reveste de um sentido mais amplo e ambíguo.

Nas chamadas democracias emergentes, quando se enfatiza a equidade como a possibilidade de atender igualmente o direito de cada um, singularizado e subjetivado, Reabilitação Psicossocial poderá significar justamente um tratado ético-estético que anime os projetos terapêuticos para alcançarmos a utopia de uma sociedade justa com chances iguais para todos (PITTA, 2001, p. 23).

Esta idéia está presente em muitos projetos técnico-políticos para os chamados “desabilitados” no país. No Brasil, a pobreza de investimentos na área social determina quem receberá cuidados e quem será rejeitado pelo sistema de atenção, sendo este último geralmente devotado aos que revelarem inaptidão para o trabalho. As pessoas perseguem formas de inclusão social pelo trabalho porque é pelo trabalho que quase exclusivamente existe a possibilidade do indivíduo ser aceito pela sociedade. É neste sentido que, em diversos lugares do mundo grupos, organizações, profissionais, governos, movimentos de usuários estão produzindo uma contrapolítica para com pessoas limitadas por problemas mentais, tentando encontrar formas de trabalho e vida.

Falar em Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje, é estar a um só tempo falando de amor, ira e dinheiro. Amor pela possibilidade de seguirmos sendo sujeitos amorosos, capazes de exercitar a criatividade, amizade, fraternidade no nosso “que fazer” cotidiano; ira traduzida nesta indignação saudável contra o cinismo das nossas políticas técnicas e sociais para inclusão dos diferentes; e dinheiro para transformar as políticas do desejo em políticas do agir, estando aqui incluída a preocupação com um destino eticamente irrepreensível para os recursos pequeninos que devem ter a incumbência de reduzir as formas de violência que exclui e segrega um número sempre significativo de brasileiros (PITTA, 2001, p. 26).

Marques (2001, p. 106) diz que é importante diferenciar reabilitação de tratamento “na medida em que o último é relacionado apenas à remoção de sintomas, enquanto que o primeiro implica em aquisição de habilidades funcionais, que possibilitarão o sujeito a viver tão independente quanto possível”. Marques ainda menciona (apud Pitta, 2001, p.106) o texto de Bridges e cols. (1994) que definem reabilitação como um “processo que visa minimizar os efeitos negativos dos relacionamentos dinâmicos entre fatores biológicos, psicológicos, funcionais e ambientais e maximizar as habilidades e potenciais latentes da pessoa” e definem também como metas de reabilitação: prevenir ou reduzir incapacitações, perda de habilidades sociais; restaurar habilidades potenciais em desempenhar papéis sociais; fortalecer habilidades latentes e dignidades potenciais; facilitar adaptação social e psicológica aos efeitos de prejuízos sociais na vida do indivíduo; minimizar a deterioração; e capacitar níveis ótimos de autodeterminação, execução de responsabilidades pessoais e independentes, melhorar o sentido de bem estar da pessoa. Marques diz que esses mesmos autores descreveram os grupos de diagnósticos de pacientes que requerem serviços de reabilitação especializados. São eles: os distúrbios psicóticos crônicos (como esquizofrenia), distúrbios não-psicóticos (como doença depressiva crônica), síndromes cerebrais orgânicas, distúrbio grave de aprendizado, distúrbio grave de personalidade e alcoolismo crônico e outras dependências.

Conceder reabilitação consiste em oferecer todas as possibilidades de tratamento que estejam disponíveis, de forma que reabilitação e tratamento são perspectivas indissociáveis. “Para se reabilitar um paciente é necessário oferecer continuamente tratamento” (Goldberg, 2001, p. 45).

Com o Movimento da Reforma Psiquiátrica e suas discussões e análises das práticas assistenciais manicomiais, incapazes de apresentar assistência adequada aos que padecem de transtornos psíquicos, novas alternativas estratégicas de cuidados foram

criadas, objetivando a promoção à saúde mental e a reinserção social de seus usuários. Dentre elas, surge os Centros de Atenção Psicossocial, unidades de saúde mental pública que acolhem pessoas em sofrimento psíquico e prestam cuidados necessários à sua reabilitação, buscando a inserção social desta clientela. Contudo, esta é apenas uma das formas de inserção social, que atinge um pequeno número de pessoas que se encontram em processo de reabilitação. Outras devem ser conquistadas.

A Reabilitação Psicossocial vem se constituindo nas nossas instituições de saúde ainda num processo em construção. É mais abordada nos Centros de Atenção Psicossocial, onde a proposta de recuperação da doença mental está associada a mobilização de potencialidades e vinculada à readaptação do dependente químico em seu meio.

A prática da Reabilitação Psicossocial nesses centros são oportunizadas em atendimentos individuais (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros), atendimentos a grupos de psicoterapia, grupos operativos; atendimentos em oficina terapêutica, atividades socioterapêuticas e visitas domiciliares.

Nesses espaços de Reabilitação Psicossocial, grande destaque recebem as oficinas terapêuticas, que são entendidas por Valladares, Lappann-Botti, Mello, Kantorski e Scatena (2003) como “atividades de encontro de vidas entre pessoas em sofrimento psíquico, promovendo o exercício da cidadania a expressão de liberdade e convivência dos diferentes através preferencialmente da inclusão pela arte” (<http://www.fen.ufg.br/revista>).

A experiência do trabalho das oficinas torna-se positiva quando uma de suas funções é também o de intervir no campo da cidadania. Assim, atuando no âmbito social, contribui como possibilidade de transformação da realidade atual no que diz respeito ao tratamento psiquiátrico e, conseqüentemente, de dependência química.

Se trata, sobretudo de agir, de inserir socialmente indivíduos encarcerados, segregados, ociosos – recuperá-los enquanto cidadãos [...] por meio de ações que passam fundamentalmente pela inserção do paciente psiquiátrico no trabalho e/ou em atividades artísticas, artesanais, ou em dar-lhes acesso aos meios de comunicação, etc.” (RAUTER, 2000, p. 268 apud VALLADARES; LAPPANN-BOTTI; MELLO; KANTORSKI; SACATENA, 2003).

O que se espera é que essas oficinas terapêuticas possam ampliar as habilidades e aumentar a autonomia e o poder contratual, valorizando a singularidade e o desenvolvimento do potencial criativo, visando a inserção no mundo social por espaços de criação, promoção e interação.

Diante dessa perspectiva de trabalhar as potencialidades visando à construção da cidadania, é necessário se considerar que esse processo é então operacionalizado na perspectiva do trabalho interdisciplinar, onde o conhecimento de cada profissão se articula, ao mesmo tempo em que são direcionados para questões individuais da pessoa em tratamento e recuperação.

Trabalhar a Dependência Química sugere a atuação conjunta de diferentes profissionais porque não se pode compreender suas causas, complicações e decorrências sem levar em conta a ordem trivial dos problemas decorrentes da doença, quais sejam físicos, psicológicos e/ou sociais.

Segundo Severino (1995, apud Ramos, 2002, p. 15), a interdisciplinaridade é o “princípio da máxima exploração das potencialidades de cada ciência, da compreensão e exploração de seus limites, mas acima de tudo, é o princípio da diversidade e da criatividade”. Vasconcelos (2000, p. 50) acrescenta que “a proposta da interdisciplinaridade, ao reconhecer a complexidade dos fenômenos, está [...] reconhecendo dialeticamente a necessidade de olhares diferenciados para um mesmo objeto”.

Há necessidade de dialogar com outras profissões, privilegiando trabalho em equipes interdisciplinares. Assim, espaços mais democráticos, dentro das instituições, vão sendo resgatados. Além do que, esta articulação possibilitará a distribuição de poder e de responsabilidade entre os membros da equipe, mas não descaracterizará a especificidade do papel de cada um (F. Costa, P. Costa, Sampaio, 2001).

A interdisciplinaridade [...] é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder entre os campos implicados. 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, assim gerando uma fecundação e aprendizagem mútua, que não se efetua por simples adição ou mistura, mas por uma recombinação dos elementos internos (VASCONCELOS, 2000, p. 47)

No campo da saúde mental, Vasconcelos (2000) aponta que diversas disciplinas são entendidas como campos de saber historicamente institucionalizados envolvidos na teorização e nas novas práticas de saúde mental. São elas, entre outras: a filosofia e a epistemologia, a psiquiatria, a psicologia, a psicanálise, a sociologia, o campo da saúde pública, o campo das ciências políticas e “institucionais”. Em termos de profissões e campos aplicados de conhecimentos específicos

temos ainda profissões e áreas de saber que constituem “recombinações” de uma ou mais disciplinas. Este é o caso do próprio Serviço Social, mas a lista também inclui a enfermagem, a terapia ocupacional, a educação física, a arteterapia, a fonoaudiologia, entre outros, já integrantes há mais ou menos tempo das modernas equipes multiprofissionais de saúde mental e engajadas no cuidado direto com a clientela (VASCONCELOS, 2000, p. 44).

Sob uma visão holística, a atuação profissional não pode isolar o indivíduo do seu papel na família e na sociedade e nem separá-lo de sua dimensão física, mental, emocional, espiritual e intelectual.

3.2 O Serviço Social e o processo da Reabilitação Psicossocial no tratamento da dependência química

Consideramos relevante a participação do Serviço Social junto ao trabalho em equipe interdisciplinar face as difíceis relações entre o indivíduo com sofrimento mental e a sociedade, visto que todo indivíduo que se comporta fora das regras estabelecidas pela sociedade é tido, por esta, como alguém “diferente”, “fora do normal”, criando-se, a necessidade do afastamento, do isolamento, tendo como finalidade, manter a “ordem”. Assim, na relação do indivíduo e o social, no universo da saúde mental, nota-se que o sofrimento, as atribuições, o desamparo, o medo, a injustiça, a desigualdade social, enfim, a conduta humana pode ser dada como doença.

O trabalho social no campo da saúde 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 e sociais. O que vemos não é apenas uma crise social, é também uma crise do Estado. Com a crise do capitalismo o neoliberalismo surge para garantir a supremacia dos grupos dominantes. Se antes o Estado se transforma em elemento de dinamização, intervindo para resolver a crise burguesa, no neoliberalismo o Estado aplica políticas sociais nas situações mais imediatas, nos setores mais carentes e em tempo limitado.

Para o Serviço Social, a construção de projetos que proponham garantia e ampliação de direitos sociais, é um desafio a ser percorrido. No campo da saúde mental, a segregação, a desigualdade, a injustiça é reforçada dentro e fora das instituições de saúde individualizando-se os problemas, o caráter corretivo e ajustador das práticas, que reproduzem as ideologias das classes dominantes e assim contribuindo para o afastamento,

o isolamento do convívio social e conseqüentemente para o confinamento institucional. O comprometimento profissional é com o cidadão, no enfrentamento das questões sociais. Para isso a proposta do Serviço Social nos exige uma postura pluralista.

Na luta por cidadania, a prática do Serviço Social é revigorada no contato com os usuários e com as famílias, a intervenção profissional possibilita o suscitar uma reflexão no sentido de clarificar a problemática do sofrimento mental. Acredita-se que os resultados alcançados e a intervenção do Serviço Social passem a contribuir no processo de transformações societárias, através de um posicionamento crítico-reflexivo do Assistente Social, permitindo que os sujeitos se vejam enquanto cidadãos atuantes da vida coletiva (CORRÊA; HACKEBART; PEREIRA; SALVADOR, 2002, p. 21).

O Serviço Social insere-se nesse contexto como uma profissão que conhece o universo das políticas públicas, sua operacionalização, financiamento e a sua gestão. Por outro lado, está instrumentalizado para conhecer a realidade dos seus usuários, do seu contexto social, saúde e direitos sociais através da sua metodologia de intervenção e abrangência no atendimento nas diversas instituições de saúde. Na perspectiva da atual política de saúde mental, se tornou um profissional atuante no sentido de garantir o acesso aos serviços propostos e na operacionalização quando tem suas competências legitimadas no diálogo com outras profissões, no trabalho em equipes interdisciplinares e na assistência e acompanhamento do usuário portador de transtorno mental.

O Serviço Social se insere na equipe de saúde como profissional que articula o recorte social, tanto no sentido das formas de promoção, bem como das causalidades das formas de adoecer, intervindo em todos os níveis dos programas de saúde. O Assistente Social, como profissional de saúde, tem competência para atuar junto aos fenômenos sócio-culturais e econômicos que reduzem a eficácia da prestação dos serviços no setor, quer seja ao nível de promoção, prestação e/ou recuperação da saúde. O Assistente Social é, pois, um profissional de saúde que vem corroborar a posição que emerge da categoria – fruto de avanços obtidos na trajetória histórica da profissão –, buscando a garantia da qualidade na prestação de serviços de saúde, numa perspectiva de universalidade e integralidade à população brasileira (CRESS, 1997).

A Dependência Química, em nossa sociedade, tornou-se um dos mais graves problemas de saúde pública e, toda e qualquer possibilidade de amenizar os estragos por

ela causados são pertinentes. Ao Serviço Social, grande destaque tem recebido no sentido de prevenção e recuperação dos usuários de álcool e outras drogas. Para isso, utiliza-se de uma intervenção educadora, totalmente desligada de julgamentos morais que dão ao usuário de álcool e outras drogas uma conotação de falta de vontade, irresponsabilidade e falta de caráter.

Segundo Kawall (2003, p. 21),

O Serviço Social faz parte da base do processo de recuperação do dependente químico, tendo em vista que é o Assistente Social o responsável por grande parte dos trabalhos desenvolvidos com os pacientes e seus familiares, envolvendo não só no tratamento durante a internação, mas também em projetos de prevenção, recuperação e manutenção da abstinência.

Neste sentido, enfatizamos as considerações de Kowalsky (1997, p. 24), que acrescenta,

[..] é necessário que se insista em profissionais qualificados, que entendam tanto do efeito das drogas no organismo como das suas implicações sociais, pois muitos ainda tendem a se “preocupar” apenas com o aspecto social numa ótica e na outra apenas o biológico, e acabam não compreendendo o movimento das drogas no organismo humano. Em um contexto familiar e social de uma maneira totalizante, ressaltamos que todo o profissional deve estar sempre buscando uma compreensão tanto em relação aos aspectos casuais no organismo humano bem como as suas implicações sociais.

O trabalho do Assistente Social na área de dependência química vem cada dia sendo mais valorizado, podendo trabalhar na área da prevenção, em medidas de recuperação e em instâncias de integração à rede de assistência de dependentes químicos, exigindo que futuramente, em virtude da imperatividade do problema – dependência química – a formação profissional seja intensificada, especialmente no mundo acadêmico.

No que diz respeito à formação acadêmica dos profissionais de saúde, e aqui inclui-se o Assistente Social, Carvalho comenta que não há obrigatoriedade no ensino e

formação, e isso pode contribuir para a ausência de profissionais capacitados para lidar com esta problemática. “A melhor capacitação profissional hoje praticamente fica por conta dos cursos oferecidos pelas instituições privadas, especializadas no tratamento” (Carvalho, s/ data), o que contribui para a atividade profissional de técnicos em dependência química, geralmente dependente ou familiar que, vivenciando o problema, adquiriram um saber maior e, por vezes, uma capacitação melhor para atuar do que um grande número de profissionais

Diante do exposto, e a partir da observação feita durante todo o período de estágio no Serviço de Dependência Química, reafirma-se a importância da inserção da Reabilitação Psicossocial em programas de tratamento da dependência química, alternativa essa que ao se viabilizar deverá completar atividades técnicas de desintoxicação e conscientização.

Baseados na premissa de que o foco das ações do Serviço Social sempre foi a valorização do ser humano em todos os campos, não apenas nas ações de cunho assistencial, mas também educativo/preventivo, promocional e mediador, tem-se o propósito de trabalhar com os dependentes químicos atividades artísticas e educativas que poderão servir de ferramenta de transformação das condições de vida durante o período de internação, da mesma forma que poderão ser estendidas para a continuidade do tratamento quando o indivíduo já não estiver mais no contexto institucional.

Evidentemente que este trabalho poderá ter início na internação, mas não tem um fim na mesma. A continuidade poderá ocorrer em outros serviços, como os Caps, que têm competências capazes de prestar esse suporte.

Como já dito no primeiro capítulo desta composição, o tempo de tratamento no Serviço de Dependência Química dura, em média, trinta dias. Neste período, observamos que algumas alternativas podem estar sendo concretizadas para complementar o

tratamento, contribuindo para que o paciente tenha alternativas de desenvolver habilidades, resgatar vínculos, ter lazer, etc. A idéia é dinamizar o tratamento, de forma que o paciente não tenha muito tempo para despertar o anseio de voltar aos seus hábitos rotineiros. Entendemos que manter o indivíduo estimulado é crucial, e a ocupação pode ser um fator determinante neste processo. Sem isso, o indivíduo não tem perspectiva, não cria projeto de vida e não se motiva à mudança.

É quase uma unanimidade entre as pessoas que apenas os que possuem opinião e força de vontade conseguem deixar as drogas. Igualmente corriqueira, é a idéia de que qualquer indivíduo tem algo em seu estilo de vida que pode ser melhorado, aprimorado, enfim, mudado. [...] É preciso ter um objetivo muito claro, saber as vantagens que essa conquista trará (elas serão maiores que as perdas?) e, sobretudo, é preciso apoio, pessoas que sabiam manter o moral elevado, que colaborem para o processo de mudança. Tudo isso tem estreita relação com a dependência química (http://200.152.193.254/novosite/dependencia_motivacao.htm).

Logicamente que, qualquer abordagem com dependentes de álcool e/ou outras substâncias psicoativas deve respeitar o estágio de motivação de cada um destes.

O objetivo final de todas as estratégias de recuperação do indivíduo é desenvolver nele a "capacidade de evitar comportamentos associados ao consumo, lidando melhor com relacionamentos e com fontes de estresse, aumentando a auto-estima e promovendo uma mudança significativa do estilo de vida do paciente" (SENAD, 2002, p. 12). Essa modificação do estilo de vida o fará desenvolver alternativas de comportamento, de obtenção de prazer, relacionamentos e outros aspectos vivenciais, proporcionando recuperação dos prejuízos sobre as diferentes áreas de impacto da dependência química.

O tratamento da dependência química é acima de tudo a busca de um novo estilo de vida. É uma mudança árdua, complexa. Qualquer processo de modificação de comportamento, em maior ou menor grau, é assim. Cabe à família, ao meio social e a equipe de profissionais motivar o indivíduo para tal.

Neste contexto, diferentes vivências no campo das artes podem contribuir para que o sujeito se perceba como tal, identifique seus diferentes “modos de funcionamento” para, em seguida, repensá-los e (re) construí-los.

A intenção é realizar junto a esses pacientes uma alternativa a mais no tratamento que envolva atividades artísticas e educacionais, partindo da idéia de que esse método poderá fazer com que o indivíduo sintam-se mais forte, mais realizado e valorizado, o que, em consequência, aumentará sua auto-estima. A auto-estima é um dos fatores que influenciam diretamente todas as atitudes que a pessoa pratica, na forma como vê o mundo, na sua auto-avaliação e na imagem que passa aos outros (destacando-se a família).

Eu, particularmente, definiria a auto-estima como um estado mental de potência. Ter potência é sentir que sempre podemos contar com nossas próprias habilidades para solucionar problemas de maneira satisfatória, mesmo que essas habilidades não tenham sido ainda conhecidas. É uma espécie de intuição. Em geral as pessoas com auto-estima rebaixada, sempre têm uma enorme sensação de impotência diante das dificuldades. [...] Nossa sensação interna de impotência, faz com que tenhamos que buscar a fonte da potência em outro lugar e, nestes casos, este lugar está fora da gente mesmo: no outro, nas drogas, no excesso de trabalho etc. (QUILICI, s/ data).

Quando o indivíduo recupera a sua valorização, adquire possibilidades de encontrar prazer em outras coisas, que não as drogas e o álcool.

Além disso, desenvolver alguma atividade pode ser uma importante estratégia promotora de autonomia no processo de reabilitação psicossocial. O indivíduo que se sente autônomo é capaz de compreender quais são as determinações que influenciam seus projetos e ações na vida (Brandalise, 2002).

As instituições de saúde deveriam existir tanto para ajudar cada cliente a melhor utilizar os recursos próprios partindo sempre do reconhecimento da vontade e do desejo de cura de cada um, como para lhes oferecer recursos institucionais também voltados para melhorar as condições individuais e coletivas de resistência à doença. Neste sentido, faria parte fundamental de qualquer processo terapêutico todo esforço voltado para aumentar a capacidade de autonomia do paciente, para melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em consequência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida (CAMPOS; MERHY; CECÍLIO, 1997, p.50).

A prática de atividades, sejam elas de cunho artístico/educativo ou não, contribuem com o processo de ocupação e lazer do indivíduo, além de uma representação terapêutica.

Alguns dos princípios básicos que norteiam a referida sugestão são:

- A valorização do potencial criativo, expressivo e imaginativo do paciente, bem como o aprimoramento da sua capacidade individual;
- O preenchimento do tempo livre dos pacientes com atividades que combatam a ociosidade;
- O incentivo a autovalorização, a auto-estima e a autoconfiança;
- O estímulo ao lazer;
- A motivação para uma mudança de hábito;
- A preparação para a reinserção social e,
- Levar os pacientes a repensarem seu papel social

Quanto mais alternativas de recuperação forem oferecidas ao indivíduo, menos probabilidade de voltar a consumir álcool e outras substâncias psicoativas ele terá. Partimos da premissa de que é necessário tratar o paciente, mas não somente sua doença.

Enquanto profissionais, é importante promovermos o resgate da cidadania, intermediar o processo de reabilitação de cada pessoa afim de que possam ser fortalecidas sua independência e autoconfiança para um projeto de vida fora da instituição.

A intervenção profissional nos programas e abordagens de reabilitação psicossocial é caracterizada pela sua ação articuladora, na qual através do trabalho com redes e parcerias, desenvolve atividades em conjunto com outros profissionais, que vem

favorecer a construção de grupos operativos terapêuticos que visam a reabilitação dos pacientes em tratamento e em prevenção de recaídas, dando suporte às necessidades sociais e familiares, necessárias ao bom desempenho e resultado satisfatório aos objetivos propostos no tratamento da dependência química. Promover a reabilitação psicossocial do doente é conseqüentemente promover a melhoria da qualidade de vida.

O profissional do Serviço Social é imprescindível neste contexto. Não se trata apenas de construir espaços para terapias, oficinas, atividades artísticas expressivas, lúdicas, artesanais, psicopedagógicas e/ou profissionalizantes, como bem nos expõe Saraceno, mas o objetivo maior é recuperar as relações sociais, culturais, artísticas e de lazer dos indivíduos, de forma que no retorno ao convívio social, novas condições sejam criadas, fortalecendo a promoção da auto-estima e da flexibilidade e possibilitando uma aceitação do paciente com a realidade.

Dessa forma, consideramos que a inserção da Reabilitação Psicossocial nos processos de tratamento da dependência química nas diversas instituições são premissas inovadoras que nos permitem vislumbrar novas possibilidades de obtenção de melhores resultados e sucesso na recuperação e ressocialização do dependente químico, de forma que se constituem em novos meios para que esses pacientes sejam acolhidos e socialmente reabilitados no seu retorno à vida social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente, muito se tem discutido sobre formas de tratamento para dependentes químicos que minimizem a proporção de recaídas. Baseamo-nos na premissa de que quando os princípios da recuperação, do resgate da cidadania, de reabilitação e reinserção social são aplicados, o tratamento tende a ter resultados mais positivos.

A conscientização do paciente e a disciplina são pontos fortes que dão suporte ao tratamento. Com este trabalho, como já mencionamos no terceiro capítulo desta composição, juntar-se-ia a essa idéia outras práticas em Reabilitação Psicossocial, de forma que o paciente tivesse uma gama maior de recursos para o sucesso do seu tratamento, o que poderia contribuir para que os altos índices de recaída fossem diminuindo, o que acreditamos reduziria também o número de reinternações.

Entendendo a Reabilitação Psicossocial como um conjunto de estratégias que visam potencializar as possibilidades dos pacientes reintegrarem-se à sociedade de forma harmônica, com a melhor qualidade de vida possível, toda alternativa que possa contribuir nesse processo poderá reforçar a eficiência dos tratamentos de dependentes químicos. Destacamos que essa alternativa de introdução de novas práticas educativas e artísticas é aplicável a todas as instituições que se propõem a tratar o dependente químico. Pontuamos também que este é um processo que se inicia na instituição, mas pode (e deveria) ter uma continuidade em outros espaços que também se destinam ao tratamento.

Entendemos que a aplicação de uma alternativa terapêutica, voltada para a Reabilitação Psicossocial, como esta, implica em investimentos em material e pessoal que muitas instituições não podem ou não tem condições de aplicar. Por outro lado, temos que

pensar no retorno que esse investimento poderá oferecer, não só para a própria instituição, mas também para o paciente, para a família e para a sociedade.

Temos em mente que o Assistente Social é um profissional que, através de conhecimentos científicos, instrumental técnico e manejo de recursos, trabalha visando a melhoria das condições de vida, enfim, trabalha pelos direitos de cidadania. Cabe ao profissional desta área, em seu campo de atuação, através de seu processo de trabalho, buscar formas de resistência para a superação dos problemas que enfrenta.

Nesta formulação, pensamos o Serviço Social na implantação de projetos, visando uma maior efetividade no tratamento, não apenas na instituição, mas também na pós-alta. A relevância de uma alternativa terapêutica como essa para o Serviço Social está pautada na idéia de que o Assistente Social, ao trabalhar na articulação destas práticas educativas/artísticas/terapêuticas está contribuindo para implantação de formas de recuperação.

É mais do que pensar em artes, em oficinas terapêuticas ou em criar artistas plásticos, pintores, artesãos. É, antes de tudo, pensar em formas de inclusão social.

Para finalizar este Trabalho de Conclusão de Curso, esperamos que o mesmo possa contribuir com todos os interessados pela temática da dependência química e seu tratamento, destacando as formas de Reabilitação Psicossocial como uma alternativa fundamental nesse processo. Lembramos que o assunto não se esgotou, é apenas uma busca por aprimoramento profissional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, Paulo. **Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BAHNIUK, Fabiana Ceris; LINDIG, Schirley Ramos. **Participação Familiar: um recurso terapêutico junto ao processo de tratamento e recuperação do dependente químico.** Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Dependência Química). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Curitiba, 2002.

BALLONE, G. J. Disponível em:
<<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/drogas.htm#introducao>>. Acesso em: 27 de outubro de 2003.

BRANDALISE, Fernando. **O trabalho e a reabilitação psicossocial: um estudo sobre a inserção nas práticas laborais como estratégia de promoção de autonomia de usuários de serviços de saúde mental no âmbito da reforma psiquiátrica nacional.** 2002. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado, 1988.

CADERNOS DE ESTUDOS Nº 1 (CRESS). IN: Políticas Públicas: desafios e perspectivas. Florianópolis, 1997.

CAMPOS, Gastão W. de Souza; MERHY, Emerson E.; CECÍLIO, Luiz C. de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, Marcelo. Disponível em:
<<http://www.saudenainternet.com.br/colunadoleitor>>. Acesso em: 27 de outubro de 2003

CAVALCANTE, Antônio Mourão. **Drogas: esse barato sai caro: os caminhos da prevenção.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 2000

CORRÊA, Priscila S.; HACKEBART, Juliana G.; PEREIRA, Rosane; SALVADOR, Nivia. **Aqui Dentro do Lado de Fora – O Movimento Antimanicomial no Brasil.** Trabalho apresentado à disciplina Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos de

Direito do Curso de Serviço Social – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, maio de 2002.

COSTA, Augusto C. de Farias; COSTA, Marisa P.; SAMPAIO, Jaqueline M. Fontes. Instituto de saúde mental do Distrito Federal. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ana Pitta (org.). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 89-95.

DALLARI, Sueli Gandolfi. **Os estados brasileiros e o direito à saúde**. São Paulo: Hucitec, 1995.

GOLDBERG, Jairo. Reabilitação como processo. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ana Pitta (org.). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 33-47.

INSTITUTO SÃO JOSÉ. Documento Institucional de Divulgação. São José, 2001.

KAWALL, Beatriz Gonçalves. **A contribuição do Assistente Social no processo de prevenção do uso, manutenção da abstinência e prevenção da recaída**. Trabalho de Conclusão de curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2003.

KINOSHITA, Roberto Tykanori. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ana Pitta (org.). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 55-59.

KOWALSKY, Elis Regina. **Dependência Química de Drogas: uma questão de saúde coletiva**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 1997.

MARCÃO, R. F. **O dependente e o usuário na Lei 10.409/2002**. São José do Rio Preto, SP s/data.

MARQUES. Antônio Jorge de Souza. Reabilitação Psicossocial e a Reforma Psiquiátrica em Juiz de Fora. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ana Pitta (org.). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001, p.104-112.

MASUR, Jandira. **O que é Toxicomania**. 2ª Edição. São Paulo: Editora Brasiliense, 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 15 abr. 2003.

MOTIVAÇÃO PARA A MUDANÇA. Disponível em:

<http://200.152.193.254/novosite/dependencia_motivacao.htm>. Acesso em: 12 de janeiro de 2004.

MURAD, José Elias. **Drogas: o que é preciso saber**. 8ª edição. Belo Horizonte: Editora Lê, 1998.

PICCOLO, F. D. **Se Deixar A Droga Levar...**In. IV Reunião de Antropologia do Mercosul. 2001. Curitiba. Anais...Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2001.

PITTA, Ana (org.). **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001.

QUILICI, Mário. Disponível em:

<http://www.pspoint.com.br/arquivo_psicologias_autoestima.htm>. Acesso em 10 de janeiro de 2004

RAMOS, Carla Letícia R. **Alcoolismo: o processo da ressocialização e o papel do Assistente Social**. Trabalho de Conclusão de Curso. Departamento de Serviço Social. UFSC. Florianópolis, 2002.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade: políticas públicas de saúde mental**. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SARACENO, Benedetto. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ana Pitta (org.). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 13-18.

_____. Reabilitação Psicossocial: uma prática à espera de teoria. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. Ana Pitta (org.). 2ª edição. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 150-154..

SAUDAVELMENTE. Cidadania na doença mental. São José, ano 3, n. 7, jan./mar. 1999, Boletim informativo do Instituto São José, p. 1.

SAUDAVELMENTE. 20 anos ensinando a lidar com a dependência química. São José, ano 3, n.12, jul./out. 2000, Boletim informativo do Instituto São José, p. 2.

SENAD. Aspectos Básicos do Tratamento da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas. Brasília, Série Diálogo, 3ª edição, 2002.

SENAD. Um guia para a Família. Brasília, Série Diálogo, 1ª edição, 2002.

UCHOA, Paulo Roberto Y. de M. Disponível em:

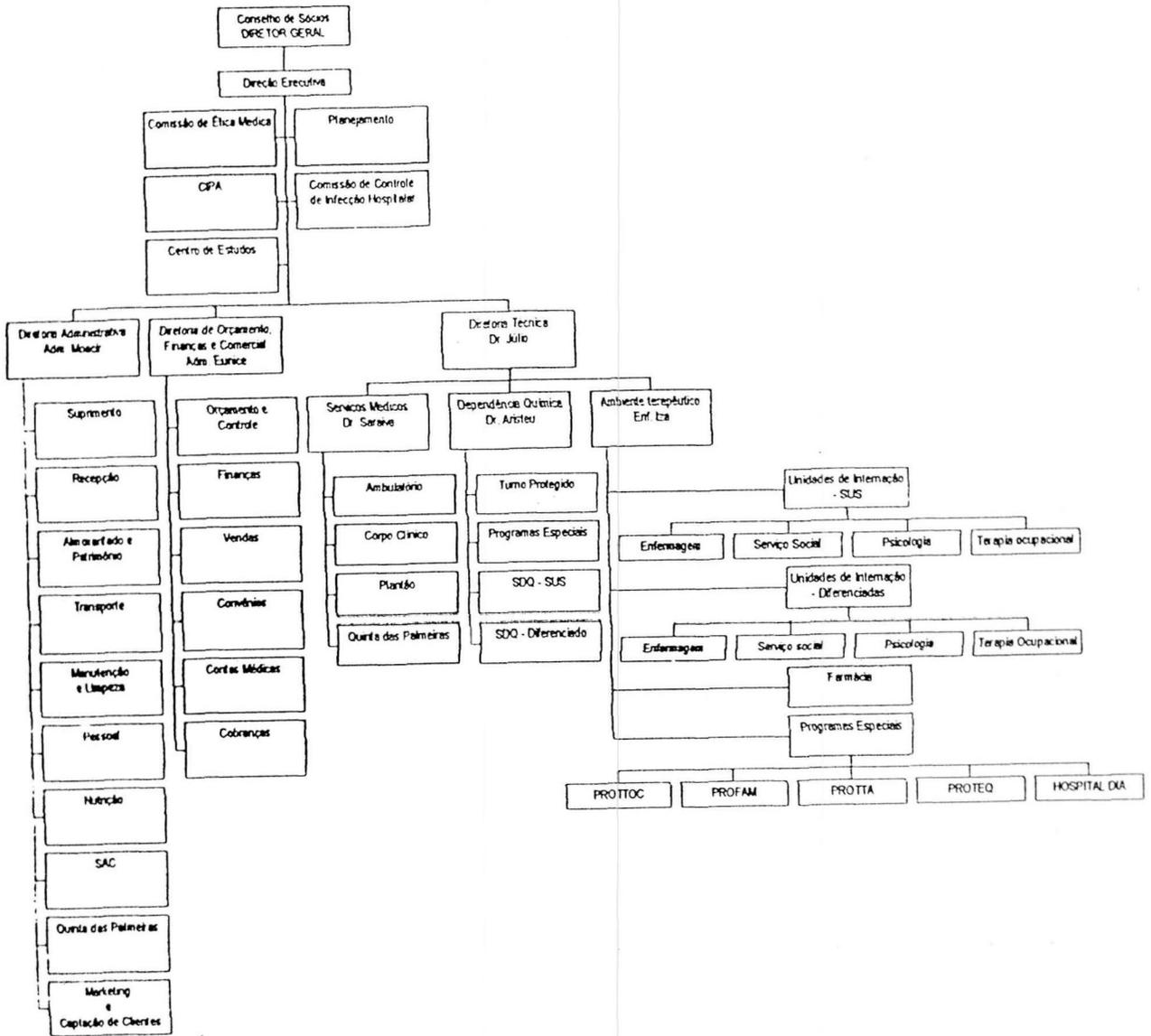
<<http://sites.uol.com.br/gballone/voce/drogas.htm#intrudução>> . Acesso em: 15 abr. 2003.

VALLADARES, A. C. A.; LAPPANN-BOTTI, N. C.; MELLO, R.; KANTORSKI, L. P.; SCATENA, M. C. M. **Reabilitação psicossocial através das oficinas terapêuticas e/ou cooperativas sociais**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1, 2003. Disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em: 10 de janeiro de 2004.

VASCONCELOS, Eduardo M. (Org.). **Saúde Mental e Serviço Social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. São Paulo: Cortez, 2000.

ANEXOS

ANEXO A



ANEXO B

OS DOZE PASSOS DE ALCOÓLICOS ANÔNIMOS

1º Passo: Admitimos que éramos impotentes perante o vício das drogas - que tínhamos perdido o domínio sobre nossas vidas.

2º Passo: Viemos a acreditar que um Poder Superior a nós mesmos poderia devolver-nos à sanidade.

3º Passo: Decidimos entregar nossa vontade e nossa vida aos cuidados de Deus, na forma em que O concebíamos.

4º Passo: Fizemos minucioso e destemido inventário moral de nós mesmos.

5º Passo: Admitimos perante Deus, perante nós mesmos e perante outro ser humano, a natureza exata de nossas falhas.

6º Passo: Prontificamo-nos inteiramente a deixar que Deus removesse todos esses defeitos de caráter.

7º Passo: Humildemente rogamos a Ele que nos livrasse de nossas imperfeições.

8º Passo: Fizemos uma relação de todas as pessoas a quem tínhamos prejudicado e nos dispusemos a reparar os danos a elas causados.

9º Passo: Fizemos reparações diretas dos danos causados a tais pessoas, sempre que possível, salvo quando fazê-las significasse prejudicá-las ou a outrem.

10º Passo: Continuamos fazendo o inventário pessoal e, quando estávamos errados, nós o admitíamos prontamente.

11º Passo: Procuramos, através da prece e da meditação, melhorar nosso contato consciente com Deus, na forma em que O concebíamos, rogando apenas o conhecimento de Sua vontade em relação a nós, e forças para realizar essa vontade.

12º Passo: Tendo experimentado um despertar espiritual, graças a estes Passos, procuramos transmitir esta mensagem aos adictos e praticar estes princípios em todas as nossas atividades.

ANEXO C

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.

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 na data de sua publicação.

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

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Jose Gregori

José Serra

Roberto Brant

ANEXO D

LEI Nº 10.409, DE 11 DE JANEIRO DE 2002.

Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

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

**CAPÍTULO I
DISPOSIÇÕES GERAIS**

Art. 1º (VETADO)

Art. 2º É dever de todas as pessoas, físicas ou jurídicas, nacionais ou estrangeiras com domicílio ou sede no País, colaborar na prevenção da produção, do tráfico ou uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

§ 1º A pessoa jurídica que, injustificadamente, negar-se a colaborar com os preceitos desta Lei terá imediatamente suspensos ou indeferidos auxílios ou subvenções, ou autorização de funcionamento, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, e suas autarquias, empresas públicas, sociedades de economia mista e fundações, sob pena de responsabilidade da autoridade concedente.

§ 2º A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios criarão estímulos fiscais e outros, destinados às pessoas físicas e jurídicas que colaborarem na prevenção da produção, do tráfico e do uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

Art. 3º (VETADO)

Art. 4º É facultado à União celebrar convênios com os Estados, com o Distrito Federal e com os Municípios, e com entidades públicas e privadas, além de organismos estrangeiros, visando à prevenção, ao tratamento, à fiscalização, ao controle, à repressão ao tráfico e ao uso indevido de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, observado, quanto aos recursos financeiros e orçamentários, o disposto no art. 47.

Parágrafo único. Entre as medidas de prevenção inclui-se a orientação escolar nos três níveis de ensino.

Art. 5º As autoridades sanitárias, judiciárias, policiais e alfandegárias organizarão e manterão estatísticas, registros e demais informes das respectivas atividades relacionadas com a prevenção, a fiscalização, o controle e a repressão de que trata esta Lei, e remeterão, mensalmente, à Secretaria Nacional Antidrogas ¼ Senat e aos Conselhos Estaduais e Municipais de Entorpecentes, os dados, observações e sugestões pertinentes.

Parágrafo único. Cabe ao Conselho Nacional Antidrogas ¼ Conad elaborar relatórios global e anuais e, anualmente, remetê-los ao órgão internacional de controle de entorpecentes.

Art. 6º É facultado à Secretaria Nacional Antidrogas - Senat, ao Ministério Público, aos órgãos de defesa do consumidor e às autoridades policiais requisitar às autoridades sanitárias a realização de inspeção em empresas industriais e comerciais, estabelecimentos hospitalares, de pesquisa, de ensino, ou congêneres, assim como nos serviços médicos e farmacêuticos que produzirem, venderem, comprarem, consumirem, prescreverem ou fornecerem produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

§ 1º A autoridade requisitante pode designar técnico especializado para assistir à inspeção ou comparecer pessoalmente à sua realização.

§ 2º No caso de falência ou liquidação extrajudicial das empresas ou estabelecimentos referidos neste artigo, ou de qualquer outro em que existam produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, ou especialidades farmacêuticas que as contenham, incumbe ao juízo perante o qual tramite o feito:

I - determinar, imediatamente à ciência da falência ou liquidação, sejam lacradas suas instalações;

II - ordenar à autoridade sanitária designada em lei a urgente adoção das medidas necessárias ao recebimento e guarda, em depósito, das substâncias ilícitas, drogas ou especialidades farmacêuticas arrecadadas;

III - dar ciência ao órgão do Ministério Público, para acompanhar o feito.

§ 3º A alienação, em hasta pública, de drogas, especialidades farmacêuticas ou substâncias ilícitas será realizada na presença de representantes da Secretaria Nacional Antidrogas - Senat, dos Conselhos Estaduais de Entorpecentes e do Ministério Público.

§ 4º O restante do produto não arrematado será, ato contínuo à hasta pública, destruído pela autoridade sanitária, na presença das autoridades referidas no § 3º.

Art. 7º Da licitação para alienação de drogas, especialidades farmacêuticas ou substâncias ilícitas, só podem participar pessoas jurídicas regularmente habilitadas na área de saúde ou de pesquisa científica que comprovem a destinação lícita a ser dada ao produto a ser arrematado.

Parágrafo único. Os que arrematem drogas, especialidades farmacêuticas ou substâncias ilícitas, para comprovar a destinação declarada, estão sujeitos à inspeção da Secretaria Nacional Antidrogas - Senad e do Ministério Público.

CAPÍTULO II DA PREVENÇÃO, DA ERRADICAÇÃO E DO TRATAMENTO

Seção I Da Prevenção e da Erradicação

Art. 8º São proibidos, em todo o território nacional, o plantio, a cultura, a colheita e a exploração de todos os vegetais e substratos, alterados na condição original, dos quais possam ser extraídos produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, especificados pelo órgão competente do Ministério da Saúde.

§ 1º O Ministério da Saúde pode autorizar o plantio, a cultura e a colheita dos vegetais referidos no caput, em local predeterminado, exclusivamente para fins medicinais ou científicos, sujeitos à fiscalização e à cassação da autorização, a qualquer tempo, pelo mesmo órgão daquele Ministério que a tenha concedido, ou por outro de maior hierarquia.

§ 2º As plantações ilícitas serão destruídas pelas autoridades policiais mediante prévia autorização judicial, ouvido o Ministério Público e cientificada a Secretaria Nacional Antidrogas ¼ Senad.

§ 3º (VETADO)

§ 4º A destruição de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica será feita por incineração e somente pode ser realizada após lavratura do auto de levantamento das condições encontradas, com a delimitação do local e a apreensão de substâncias necessárias ao exame de corpo de delito.

§ 5º Em caso de ser utilizada a queimada para destruir a plantação, observar-se-á, no que couber, o disposto no Decreto no 2.661, de 8 de julho de 1998, dispensada a autorização prévia do órgão próprio do Sistema Nacional do Meio Ambiente - Sisnama.

§ 6º A erradicação dos vegetais de que trata este artigo far-se-á com cautela, para não causar ao meio ambiente dano além do necessário.

§ 7º (VETADO)

§ 8º (VETADO)

Art. 9º É indispensável a licença prévia da autoridade sanitária para produzir, extrair, fabricar, transformar, preparar, possuir, manter em depósito, importar, exportar, reexportar, remeter, transportar, expor, oferecer, vender, comprar, trocar, ceder ou adquirir, para qualquer fim, produto, substância ou droga ilícita que cause dependência física ou psíquica, ou produto químico destinado à sua preparação, observadas as demais exigências legais.

Parágrafo único. É dispensada a exigência prevista neste artigo para:

I - a aquisição de medicamentos, mediante prescrição médica, de acordo com os preceitos legais e regulamentares;

II - (VETADO)

Art. 10. Os dirigentes de estabelecimentos ou entidades das áreas de ensino, saúde, justiça, militar e policial, ou de entidade social, religiosa, cultural, recreativa, desportiva, beneficente e representativas da mídia, das comunidades terapêuticas, dos serviços nacionais profissionalizantes, das associações assistenciais, das instituições financeiras, dos clubes de serviço e dos movimentos comunitários organizados adotarão, no âmbito de suas responsabilidades, todas as medidas necessárias à prevenção ao tráfico, e ao uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica.

§ 1º As pessoas jurídicas e as instituições e entidades, públicas ou privadas, implementarão programas que assegurem a prevenção ao tráfico e uso de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica em seus respectivos locais de trabalho, incluindo campanhas e ações preventivas dirigidas a funcionários e seus familiares.

§ 2º São medidas de prevenção referidas no caput as que visem, entre outros objetivos, os seguintes:

I - (VETADO)

II - incentivar atividades esportivas, artísticas e culturais;

III - promover debates de questões ligadas à saúde, cidadania e ética;

IV - manter nos estabelecimentos de ensino serviços de apoio, orientação e supervisão de professores e alunos;

V - manter nos hospitais atividades de recuperação de dependentes e de orientação de seus familiares.

Seção II Do Tratamento

Art. 11. O dependente ou o usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, que causem dependência física ou psíquica, relacionados pelo Ministério da Saúde, fica sujeito às medidas previstas neste Capítulo e Seção.

Art. 12. (VETADO)

§ 1º O tratamento do dependente ou do usuário será feito de forma multiprofissional e, sempre que possível, com a assistência de sua família.

§ 2º Cabe ao Ministério da Saúde regulamentar as ações que visem à redução dos danos sociais e à saúde.

§ 3º As empresas privadas que desenvolverem programas de reinserção no mercado de trabalho, do dependente ou usuário de produtos, substâncias ou drogas ilícitas, ou que causem dependência física ou psíquica, encaminhados por órgão oficial, poderão receber benefícios a serem criados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios.

§ 4º Os estabelecimentos hospitalares ou psiquiátricos, públicos ou particulares, que receberem dependentes ou usuários para tratamento, encaminharão ao Conselho Nacional Antidrogas ¼ Conad, até o dia 10 (dez) de cada mês, mapa estatístico dos casos atendidos no mês anterior, com a indicação do código da doença, segundo a classificação aprovada pela Organização Mundial de Saúde, vedada a menção do nome do paciente.

§ 5º No caso de internação ou de tratamento ambulatorial por ordem judicial, será feita comunicação mensal do estado de saúde e recuperação do paciente ao juízo competente, se esse o determinar.

Art. 13. As instituições hospitalares e ambulatoriais comunicarão à Secretaria Nacional Antidrogas - Senad os óbitos decorrentes do uso de produto, substância ou droga ilícita.

CAPÍTULO III (VETADO)

CAPÍTULO IV DO PROCEDIMENTO PENAL

Seção Única Do procedimento comum

Art. 27. O procedimento relativo aos processos por crimes definidos nesta Lei rege-se pelo disposto neste Capítulo, aplicando-se, subsidiariamente, as disposições do Código Penal, do Código de Processo Penal e da Lei de Execução Penal.

Art. 28. (VETADO)

§ 1º Para efeito da lavratura do auto de prisão em flagrante e estabelecimento da autoria e materialidade do delito, é suficiente o laudo de constatação da natureza e quantidade do produto, da substância ou da droga ilícita, firmado por perito oficial ou, na falta desse, por pessoa idônea, escolhida, preferencialmente, entre as que tenham habilitação técnica.

§ 2º O perito que subscrever o laudo a que se refere o § 1º não ficará impedido de participar da elaboração do laudo definitivo.

Art. 29. O inquérito policial será concluído no prazo máximo de 15 (quinze) dias, se o indiciado estiver preso, e de 30 (trinta) dias, quando solto.

Parágrafo único. Os prazos a que se refere este artigo podem ser duplicados pelo juiz, mediante pedido justificado da autoridade policial.

Art. 30. A autoridade policial relatará sumariamente as circunstâncias do fato e justificará as razões que a levaram à classificação do delito, com indicação da quantidade e natureza do produto, da substância ou da

droga ilícita apreendidos, o local ou as condições em que se desenvolveu a ação criminosa e as circunstâncias da prisão, a conduta, a qualificação e os antecedentes do agente.

Art. 31. Findos os prazos previstos no art. 29, os autos do inquérito policial serão remetidos ao juízo competente, sem prejuízo da realização de diligências complementares destinadas a esclarecer o fato.

Parágrafo único. As conclusões das diligências e os laudos serão juntados aos autos até o dia anterior ao designado para a audiência de instrução e julgamento.

Art. 32. (VETADO)

§ 1º (VETADO)

§ 2º O sobrestamento do processo ou a redução da pena podem ainda decorrer de acordo entre o Ministério Público e o indiciado que, espontaneamente, revelar a existência de organização criminosa, permitindo a prisão de um ou mais dos seus integrantes, ou a apreensão do produto, da substância ou da droga ilícita, ou que, de qualquer modo, justificado no acordo, contribuir para os interesses da Justiça.

§ 3º Se o oferecimento da denúncia tiver sido anterior à revelação, eficaz, dos demais integrantes da quadrilha, grupo, organização ou bando, ou da localização do produto, substância ou droga ilícita, o juiz, por proposta do representante do Ministério Público, ao proferir a sentença, poderá deixar de aplicar a pena, ou reduzi-la, de 1/6 (um sexto) a 2/3 (dois terços), justificando a sua decisão.

Art. 33. Em qualquer fase da persecução criminal relativa aos crimes previstos nesta Lei, são permitidos, além dos previstos na Lei nº 9.034, de 3 de maio de 1995, mediante autorização judicial, e ouvido o representante do Ministério Público, os seguintes procedimentos investigatórios:

I - infiltração de policiais em quadrilhas, grupos, organizações ou bandos, com o objetivo de colher informações sobre operações ilícitas desenvolvidas no âmbito dessas associações;

II - a não-atuação policial sobre os portadores de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que entrem no território brasileiro, dele saiam ou nele transitam, com a finalidade de, em colaboração ou não com outros países, identificar e responsabilizar maior número de integrantes de operações de tráfico e distribuição, sem prejuízo da ação penal cabível.

Parágrafo único. Na hipótese do inciso II, a autorização será concedida, desde que:

I - sejam conhecidos o itinerário provável e a identificação dos agentes do delito ou de colaboradores;

II - as autoridades competentes dos países de origem ou de trânsito ofereçam garantia contra a fuga dos suspeitos ou de extravio dos produtos, substâncias ou drogas ilícitas transportadas.

Art. 34. Para a persecução criminal e a adoção dos procedimentos investigatórios previstos no art. 33, o Ministério Público e a autoridade policial poderão requerer à autoridade judicial, havendo indícios suficientes da prática criminosa:

I - o acesso a dados, documentos e informações fiscais, bancárias, patrimoniais e financeiras;

II - a colocação, sob vigilância, por período determinado, de contas bancárias;

III - o acesso, por período determinado, aos sistemas informatizados das instituições financeiras;

IV - a interceptação e a gravação das comunicações telefônicas, por período determinado, observado o disposto na legislação pertinente e no Capítulo II da Lei nº 9.034, de 1995.

Parágrafo único. (VETADO)

Art. 35. (VETADO)

Art. 36. (VETADO)

CAPÍTULO V DA INSTRUÇÃO CRIMINAL

Art. 37. Recebidos os autos do inquérito policial em juízo, dar-se-á vista ao Ministério Público para, no prazo de 10 (dez) dias, adotar uma das seguintes providências:

I - requerer o arquivamento;

II - requisitar as diligências que entender necessárias;

III - oferecer denúncia, arrolar até 5 (cinco) testemunhas e requerer as demais provas que entender pertinentes;

IV - deixar, justificadamente, de propor ação penal contra os agentes ou partícipes de delitos.

§ 1º Requerido o arquivamento do inquérito pelo representante do Ministério Público, mediante fundamentação, os autos serão conclusos à autoridade judiciária.

§ 2º A autoridade judiciária que discordar das razões do representante do Ministério Público para o arquivamento do inquérito fará remessa dos autos ao Procurador-Geral de Justiça, mediante decisão fundamentada.

§ 3º O Procurador-Geral de Justiça oferecerá denúncia ou designará outro membro do Ministério Público para apresentá-la ou, se entender incabível a denúncia, ratificará a proposta de arquivamento, que, nesse caso, não poderá ser recusada pela autoridade judiciária.

Art. 38. Oferecida a denúncia, o juiz, em 24 (vinte e quatro) horas, ordenará a citação do acusado para responder à acusação, por escrito, no prazo de 10 (dez) dias, contado da data da juntada do mandato aos autos ou da primeira publicação do edital de citação, e designará dia e hora para o interrogatório, que se realizará dentro dos 30 (trinta) dias seguintes, se o réu estiver solto, ou em 5 (cinco) dias, se preso.

§ 1º Na resposta, consistente de defesa prévia e exceções, o acusado poderá arguir preliminares e invocar todas as razões de defesa, oferecer documentos e justificações, especificar as provas que pretende produzir e arrolar testemunhas.

§ 2º As exceções serão processadas em apartado, nos termos dos arts. 95 a 113 do Código de Processo Penal.

§ 3º Se a resposta não for apresentada no prazo, o juiz nomeará defensor para oferecê-la em 10 (dez) dias, concedendo-lhe vista dos autos no ato de nomeação.

§ 4º Apresentada a defesa, o juiz concederá prazo de 5 (cinco) dias para manifestar-se o representante do Ministério Público e em igual prazo proferirá decisão.

§ 5º Se entender imprescindível, o juiz determinará a realização de diligências, com prazo máximo de 10 (dez) dias.

§ 6º Aplica-se o disposto na Lei nº 9.271, de 17 de abril de 1996, ao processo em que o acusado, citado pessoalmente ou por edital, ou intimado para qualquer ato processual, deixar de comparecer sem motivo justificado.

Art. 39. Observado o disposto no art. 43 do Código de Processo Penal, a denúncia também será rejeitada quando:

I - for manifestamente inepta, ou faltar-lhe pressuposto processual ou condição para o exercício da ação penal;
II - não houver justa causa para a acusação.

Art. 40. Recebida a denúncia, o juiz designará dia e hora para a audiência de instrução e julgamento, e ordenará a intimação do acusado, do Ministério Público e, se for o caso, do assistente.

Art. 41. Na audiência de instrução e julgamento, após o interrogatório do acusado e a inquirição das testemunhas, será dada a palavra, sucessivamente, ao representante do Ministério Público e ao defensor do acusado, pelo prazo de 20 (vinte) minutos para cada um, prorrogável por mais 10 (dez), a critério do juiz, que, em seguida, proferirá a sentença.

Parágrafo único. Se não se sentir habilitado a julgar de imediato a causa, o juiz ordenará que os autos lhe sejam conclusos para, no prazo de 10 (dez) dias, proferir a sentença.

Art. 42. (VETADO)

Art. 43. (VETADO)

Art. 44. (VETADO)

Parágrafo único. Incumbe ao acusado, durante a instrução criminal, ou ao interessado, em incidente específico, provar a origem lícita dos bens, produtos, direitos e valores referidos neste artigo.

Art. 45. As medidas de seqüestro e de indisponibilidade de bens ou valores serão suspensas, se a ação penal não for iniciada no prazo de 180 (cento e oitenta) dias, contado da data do oferecimento da denúncia.

§ 1º O pedido de restituição de bem ou valor não será conhecido sem o comparecimento pessoal do acusado ao juízo do feito.

§ 2º O juiz pode determinar a prática de atos necessários à conservação do produto ou bens e a guarda de valores.

CAPÍTULO VI DOS EFEITOS DA SENTENÇA

Seção I

Da Apreensão e da Destinação de Bens

Art. 46. Os veículos, embarcações, aeronaves e quaisquer outros meios de transporte, os maquinismos, utensílios, instrumentos e objetos de qualquer natureza, utilizados para a prática dos crimes definidos nesta Lei, após a sua regular apreensão, ficarão sob custódia da autoridade de polícia judiciária, excetuadas as armas, que serão recolhidas na forma de legislação específica.

§ 1º Havendo possibilidade ou necessidade da utilização de qualquer dos bens mencionados neste artigo, a autoridade de polícia judiciária poderá deles fazer uso, sob sua responsabilidade e com o objetivo de sua

conservação, mediante autorização judicial, logo após a instauração da competente ação penal, observado o disposto no § 4º deste artigo.

§ 2º Feita a apreensão a que se refere o caput, e tendo recaído sobre dinheiro ou cheques emitidos como ordem de pagamento, a autoridade policial que presidir o inquérito deverá, de imediato, requerer ao juízo competente a intimação do Ministério Público.

§ 3º Intimado, o Ministério Público deverá requerer ao juízo a conversão do numerário apreendido em moeda nacional, se for o caso, a compensação dos cheques emitidos após a instrução do inquérito, com cópias autênticas dos respectivos títulos, e o depósito das correspondentes quantias em conta judicial, juntando-se aos autos o recibo.

§ 4º O Ministério Público, mediante petição autônoma, requererá ao juízo competente que, em caráter cautelar, proceda à alienação dos bens apreendidos, excetuados aqueles que a União, por intermédio da Secretaria Nacional Antidrogas - Senad, indicar para serem colocados sob uso e custódia da autoridade policial, de órgãos de inteligência ou militares, envolvidos nas operações de prevenção e repressão ao tráfico e uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica.

§ 5º Excluídos os bens que se houver indicado para os fins previstos nos §§ 1º e 4º, o requerimento de alienação deverá conter a relação de todos os demais bens apreendidos, com a descrição e a especificação de cada um deles, e informações sobre quem os tem sob custódia e o local onde se encontram.

§ 6º Requerida a alienação dos bens, a respectiva petição será autuada em apartado, cujos autos terão tramitação autônoma em relação aos da ação penal principal.

§ 7º Autuado o requerimento de alienação, os autos serão conclusos ao juiz que, verificada a presença de nexo de instrumentalidade entre o delito e os objetos utilizados para a sua prática e risco de perda de valor econômico pelo decurso do tempo, determinará a avaliação dos bens relacionados, intimará a União, o Ministério Público, a Secretaria Nacional Antidrogas - Senad e o interessado, este, se for o caso, por edital com prazo de 5 (cinco) dias.

§ 8º Feita a avaliação e dirimidas eventuais divergências sobre o respectivo laudo, o juiz, por sentença, homologará o valor atribuído aos bens e determinará sejam alienados em leilão.

§ 9º Realizado o leilão, e depositada em conta judicial a quantia apurada, a União será intimada a oferecer, na forma prevista em regulamento, caução equivalente àquela montante e os valores depositados nos termos do § 2º, em certificados de emissão do Tesouro Nacional, com características a serem definidas em ato do Ministro de Estado da Fazenda.

§ 10. Compete à Secretaria Nacional Antidrogas ³/₄ Senad solicitar à Secretaria do Tesouro Nacional a emissão dos certificados a que se refere o § 9º.

§ 11. Feita a caução, os valores da conta judicial serão transferidos para a União, por depósito na conta do Fundo Nacional Antidrogas ³/₄ Funad, pensando-se os autos da alienação aos do processo principal.

§ 12. Terão apenas efeito devolutivo os recursos interpostos contra as decisões proferidas no curso do procedimento previsto neste artigo.

Art. 47. A União, por intermédio da Secretaria Nacional Antidrogas - Senad, poderá firmar convênio com os Estados, com o Distrito Federal e com organismos orientados para a prevenção, repressão e o tratamento de usuários ou dependentes, com vistas à liberação de equipamentos e de recursos por ela arrecadados, para a implantação e execução de programas de combate ao tráfico ilícito e prevenção ao tráfico e uso indevidos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas ou que causem dependência física ou psíquica.

Art. 48. Ao proferir a sentença de mérito, o juiz decidirá sobre o perdimento do produto, bem ou valor apreendido, seqüestrado ou declarado indisponível e sobre o levantamento da caução.

§ 1º No caso de levantamento da caução, os certificados a que se refere o § 9º do art. 46 serão resgatados pelo seu valor de face, e os recursos para o respectivo pagamento providos pelo Fundo Nacional Antidrogas.

§ 2º A Secretaria do Tesouro Nacional fará constar dotação orçamentária para o pagamento dos certificados referidos no § 9º do art. 46.

§ 3º No caso de perdimento, em favor da União, dos bens e valores mencionados no art. 46, a Secretaria do Tesouro Nacional providenciará o cancelamento dos certificados emitidos para caucioná-los.

§ 4º Os valores apreendidos em decorrência dos crimes tipificados nesta Lei e que não foram objeto de tutela cautelar, após decretado o seu perdimento em favor da União, serão apropriados diretamente ao Fundo Nacional Antidrogas.

§ 5º Compete à Secretaria Nacional Antidrogas - Senad a alienação dos bens apreendidos e não leiloados em caráter cautelar, cujo perdimento já tenha sido decretado em favor da União.

§ 6º A Secretaria Nacional Antidrogas - Senad poderá firmar convênios de cooperação, a fim de dar imediato cumprimento ao estabelecido no § 5º.

Seção II
Da Perda da Nacionalidade

Art. 49. (VETADO)

Art. 50. É passível de expulsão, na forma da legislação específica, o estrangeiro que comete qualquer dos crimes definidos nos arts. 14, 15, 16, 17 e 18, tão logo cumprida a condenação imposta, salvo se o interesse nacional recomendar a expulsão imediata.

CAPÍTULO VII
(VETADO)

CAPÍTULO VIII
DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 53. As medidas educativas aplicadas poderão ser revistas judicialmente, a qualquer tempo, mediante pedido expresso do agente, do seu defensor ou do representante do Ministério Público.

Art. 54. (VETADO)

Art. 55. Havendo a necessidade de reconhecimento do acusado, as testemunhas dos crimes de que trata esta Lei ocuparão sala onde não possam ser identificadas.

Art. 56. (VETADO)

Art. 57. (VETADO)

Art. 58. (VETADO)

Art. 59. (VETADO)

Brasília, 11 de janeiro de 2002; 181º da Independência e 114º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Aloysio Nunes Ferreira Filho

Celso Lafer

Pedro Malan

Paulo Renato Souza

José Serra

Roberto Brant

Alberto Mendes Cardoso

Gilmar Ferreira Mendes