Noções Básicas em Psiquiatria

Raul de Freitas Buchi

INSTITUTO FEDERAL
PARANÁ
Educação a Distância

Curitiba-PR
2014

Presidência da República Federativa do Brasil

Ministério da Educação

Secretaria de Educação a Distância

© 2014 INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E TECNOLOGIA - PARANÁ - EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Este Caderno foi elaborado pelo Instituto Federal do Paraná para o Sistema Escola Técnica Aberta do Brasil – e-Tec Brasil.

Prof. Irineu Mario Colombo
Reitor

Prof. Joelson Juk
Chefe de Gabinete

Prof. Ezequiel Westphal
Pró-Reitoria de Ensino - PROENS

Gilmar José Ferreira dos Santos
Pró-Reitoria de Administração - PROAD

Ezequiel Burkarter
Pró-Reitoria de Extensão, Pesquisa e Inovação - PROEPI

Neide Alves
Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Assuntos Estudantis - PROGEPE

Valdinei Henrique da Costa
Pró-Reitoria de Planejamento e Desenvolvimento Institucional - PROPLAN

Prof. Fernando Amorin
Diretor Geral do Câmpus EaD

Prof. Marcos Barbosa
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão do Câmpus EaD

Profª. Adnilra Sandeski
Coordenadora de Ensino, Pesquisa e Extensão

Prof.ª Érika Pessanha
Coordenadora do Curso

Cláudia Cobalchini
Fernanda Cercal
Coordenação Adjunta

Prof.ª Ester dos Santos Oliveira
Coordenação de Design Instrucional

Lídia Emi Ogura Fujikawa
Designer Instrucional

Darlan Rodrigues Martins
Revisão

Diego Windmöller
Diagramação

e-Tec/MEC
Projeto Gráfico

Catalogação na fonte pela Biblioteca do Instituto Federal do Paraná

Apresentação e-Tec Brasil

Prezado estudante,

Bem-vindo ao e-Tec Brasil!

Você faz parte de uma rede nacional pública de ensino, a Escola Técnica Aberta do Brasil, instituída pelo Decreto nº 6.301, de 12 de dezembro 2007, com o objetivo de democratizar o acesso ao ensino técnico público, na modalidade a distância. O programa é resultado de uma parceria entre o Ministério da Educação, por meio das Secretarias de Educação a Distância (SEED) e de Educação Profissional e Tecnológica (SETEC), as universidades e escolas técnicas estaduais e federais.

A educação a distância no nosso país, de dimensões continentais e grande diversidade regional e cultural, longe de distanciar, aproxima as pessoas ao garantir acesso à educação de qualidade, e promover o fortalecimento da formação de jovens moradores de regiões distantes, geograficamente ou economicamente, dos grandes centros.

O e-Tec Brasil leva os cursos técnicos a locais distantes das instituições de ensino e para a periferia das grandes cidades, incentivando os jovens a concluir o ensino médio. Os cursos são ofertados pelas instituições públicas de ensino e o atendimento ao estudante é realizado em escolas-polo integrantes das redes públicas municipais e estaduais.

O Ministério da Educação, as instituições públicas de ensino técnico, seus servidores técnicos e professores acreditam que uma educação profissional qualificada – integradora do ensino médio e educação técnica, – é capaz de promover o cidadão com capacidades para produzir, mas também com autonomia diante das diferentes dimensões da realidade: cultural, social, familiar, esportiva, política e ética.

Nós acreditamos em você!

Desejamos sucesso na sua formação profissional!

Ministério da Educação
Janeiro de 2010

Nosso contato
etecbrasil@mec.gov.br



Indicação de ícones

Os ícones são elementos gráficos utilizados para ampliar as formas de linguagem e facilitar a organização e a leitura hipertextual.



Atenção: indica pontos de maior relevância no texto.



Saiba mais: oferece novas informações que enriquecem o assunto ou "curiosidades" e notícias recentes relacionadas ao tema estudado.



Glossário: indica a definição de um termo, palavra ou expressão utilizada no texto.



Mídias integradas: sempre que se desejar que os estudantes desenvolvam atividades empregando diferentes mídias: vídeos, filmes, jornais, ambiente AVEA e outras.



Atividades de aprendizagem: apresenta atividades em diferentes níveis de aprendizagem para que o estudante possa realizá-las e conferir o seu domínio do tema estudado.



Sumário

Palavra do professor-autor **11**

Aula 1 – Concepções históricas da psiquiatria **13**
1.1 Breve história da loucura 13
1.2 Breve história da medicalização da loucura 16
1.3 Psiquiatria baseada em remédios 17

Aula 2 – Perspectivas da psiquiatria sobre a dependência química **19**
2.1 Da produção artesanal à produção industrial 19
2.1.1 O álcool 20
2.1.2 As outras drogas 21
2.3 Problemas morais e religiosos 22
2.4 Medicalização da dependência química 24

Aula 3 – Atuação em equipe multidisciplinar **27**
3.1 Transdisciplinariedade e Multidisciplinariedade 27
3.2 Profissionais na prevenção 29
3.3 Profissionais na intervenção 30
3.4 Profissionais na reinserção social 31

Aula 4 – Atuação em atenção primária em saúde **33**
4.1 A saúde básica no Brasil 34
4.2 O Programa de Saúde da Família 35
4.3 Programas de Agentes Comunitários de Saúde 36
4.4 Uma breve discussão 36

Aula 5 – Atuação em atenção secundária em saúde **39**
5.1 Introdução à atenção secundária à saúde 39
5.2 UPA - Unidade de Pronto Atendimento 42
5.3 CAPS 43

Aula 6 – Atuação em atenção terciária em saúde **45**
6.1 Introdução à atenção terciária em saúde 45

6.2 Atendimento à dependência química 48
6.3 O ciclo de acompanhamento da dependência química 48
6.4 Fluxograma do sistema de saúde 49

Aula 7 – Legislação e produção de pesquisa em relação à dependência química 51
7.1 CEBRID 55
7.2 SENAD 55

Aula 8 – Saúde mental comunitária 57
8.1 O modelo brasileiro 59

Aula 9 – Redução de danos 63
9.1 Projetos no Brasil 66
9.2 Realidade e a prática 67

Aula 10 – Psicofarmacologia 69
10.1 Noções básicas de psicofarmacologia 71
10.2 Psicofarmacologia no apoio à dependência química 74

Aula 11 – Interações medicamentosas 77

Aula 12 – Dependência de medicamentos lícitos e ilícitos 81

Aula 13 – Legislação x Consumo 87

Aula 14 – Medicalização da vida 91
14.1 Anos 1950 92
14.2 Anos 1960 92
14.3 Anos 1970 e 1980 93
14.4 Anos 1990 94
14.5 Anos 2000 94
14.6 Anos 2010 95

Aula 15 – Cansaço e tristeza X Transtornos de humor 97
15.1 Critérios diagnósticos 98
15.1 Depressão 99

Aula 16 – Preocupações e medo X Transtornos de ansiedade 103

Aula 17 – Mundo contemporâneo 107
17.1 Bauman e a sociedade 107

17.2 Foucault e o indivíduo 109
17.2.1 Discussão 110

Aula 18 – Grupos profissionais que abusam de drogas 113

Aula 19 – Grupos culturais e o consumo de drogas 119

Aula 20 – Grupos socioeconômicos e o consumo de drogas 125

Aula 21 – Transtornos mentais e suas relações com as drogas 131

21.1 Dependência química e transtornos do Eixo 1 131
21.2 Dependência química e transtornos do Eixo 2 133
21.3 Dependência química e transtornos do Eixo 3 134

Aula 22 – Outros recortes populacionais e o uso de drogas 137

Aula 23 – Produção de comportamento de consumo 141

Aula 24 – A dependência química como doença primária 147

Aula 25 – Comorbidades ligadas ao uso de drogas 153

Aula 26 – Institucionalização da doença mental 157

Aula 27 – A institucionalização de dependentes químicos 161

Aula 28 – Internação compulsória e internação involuntária 165

Aula 29 – Boas práticas na avaliação do estado mental 169

Aula 30 – Experiências/leituras não tradicionais de tratamento 175

Currículo do professor-autor 180



Palavra do professor-autor

Aluníssimos,

Esse é o último módulo do curso e, provavelmente, a essas alturas vocês já estão chegando à metade das aulas que gravei.

O trabalho na área de dependências químicas, quando bem feito (atualizado, focado na prática sem perder o foco das pesquisas mais recentes) abre muitas portas de trabalho e atuação. Portanto, isso aconteceu comigo e, espero realmente, aconteça com todos vocês. Muito trabalho.

Em conversas com alguns colegas que trabalham junto aos serviços de repressão ao tráfico de drogas em Curitiba, escuto frequentemente que "se não houvesse consumidores, não teríamos traficantes". Isso é verdade, mas, sabemos, é uma verdade impossível de ser alcançada. Mas, isso ilustra com perfeição o nosso papel frente à comunidade: reduzir o número de usuários!

Como veremos nas aulas de Noções de Básicas de Psiquiatria, o consumo de substâncias psicoativas sempre caminhou junto com a humanidade, e garanto a vocês, vai continuar caminhando.

Portanto, nosso trabalho é necessariamente um trabalho árduo, pouco frutífero e com uma demanda que não existe, em tamanho e volume, em nenhuma outra área, campo ou forma de atuação profissional.

Hoje no Brasil, 90% da população consome algum tipo de substância psicoativa. Do total da população, cerca de 18% são dependentes químicos, 22% faz uso de medicações psiquiátricas psicoativas e, um número alarmante de mortes no trânsito estão associadas ao consumo de álcool.

Por um lado isso gera empregos! Temos mercado de trabalho! Mas, por outro lado, nossa atuação tem um papel fundamental e de extrema importância na mudança da sociedade em que vivemos. Nossa atuação tem força de transformação nos índices de violência doméstica e comunitária, na melhora da qualidade de vida direta da comunidade, no IDH e, pasmem no índice de escolaridade.

Faço um ultimato, um conclame, um chamado! Venham a campo atuar! Venham colaborar com as mudanças em nossa comunidade.

Um grande e caloroso abraço a todos.

Raul de Freitas Buchi



Aula 1 – Concepções históricas da psiquiatria

Nesta primeira aula vamos fazer um passeio pela história da loucura e pela medicina que dela se encarrega. Nosso objetivo principal é ver o contraste nos diferentes períodos da humanidade e a sua relação com a saúde mental, não tanto pela técnica médica, mas sim pelo olhar e julgamento do outro em relação ao ser humano. Para isso, viajaremos pela filosofia, religião e pela medicina.

A história da psiquiatria se confunde com a história da loucura. Na verdade, a loucura, em sua desrazão, e seu completo descompasso com o mundo mercantilista e capitalista, é a grande causa da psiquiatria. A psiquiatria deriva de uma necessidade do capitalismo liberal em inserir todos os seres humanos em seu contexto produtivo. Então, para conhecermos a história da psiquiatria, em suas motivações, avanços e retrocessos, é preciso conhecer a história da loucura, sua antítese criadora.

1.1 Breve história da loucura

A loucura nem sempre foi um problema como hoje é vista. No tempo que antecede a civilização grega, a loucura não era vista como algo dissociado das sociedades vigentes, confundindo-se, muitas vezes, com profetismos, magias e outros espaços sagrados. A loucura nem mesmo era enxergada como tal, era amplamente ligada à rotina e à vida cotidiana.

Os povos mais antigos tinham estruturas sociais menos rígidas; havia espaço ainda para manifestações diversas na expressão do viver e do compartilhar da sociedade.

Os primeiro relatos de uma diferença entre os participantes da vida social, baseada em seus comportamentos, reflexões e formas de atuação social, remetem, é claro, aos gregos. Eles foram os primeiros a descrever as alterações nos HUMORES e oferecer tratamentos (sangrias, banhos e dietas alimentares) para recuperar os estados de HUMOR mais socialmente adequados aos padrões esperados.

Coincidentemente ou não, os gregos tinham um modelo de vida social mais engessado do que as sociedades que os antecederam. Tinham, portanto, lugares sociais a serem ocupados e comportamentos sociais que eram esperados dos cidadãos **copartícipes** da comunidade. Passava-se então a exigir dos cidadãos uma determinada maneira de ser no mundo para que fosse permitida ou aceita a participação social.

A-Z

Coparticipantes
são aqueles que participam em colaboração com os processos e responsabilidades.

Os romanos, principalmente a partir dos séculos I e II depois de Cristo, a partir de filósofos como Sêneca e Marco Antônio, definiram critérios que descreviam a prática de vida de um bom cidadão, sugerindo comportamentos, atividades físicas e espirituais, formas de se comunicar e se expressar, condutas políticas, éticas e até sexuais, dietas alimentares e de sono.

Esses modelos serviram de base para aquilo que, a partir do século IV se transformaria no modelo de vida de um bom cristão.

Para Sêneca, essas práticas de vida eram uma forma de salvar-se de si mesmo; para os cristãos, essas práticas representavam a salvação de todos.

Mais tarde, a partir dos séculos X e XI, novos filósofos começariam a diferenciar, dentro de critérios bastante claros, o que seria a Razão (como já visto nas aulas de "Sociologia Humana e ética"). A definição do que seria a **Razão** traz embutida um conceito que, apesar de não descrito formalmente, surge como **antítese** da Razão: a desrazão.

A-Z

Antítese
é a força contrária à aquela que é inicialmente aplicada, por exemplo: o Coringa é a antítese do Batman. Perceba que não o exato oposto, mas a força complementar e contrária. Sem uma, não há a outra.

O cristianismo envolve as sociedades com seus valores morais, práticas religiosas e um padrão teológico bastante rígido. Ele formata a vida de seus indivíduos para um determinado padrão, somando às antigas práticas dos romanos dos séculos I e II os conceitos morais fundamentados nos séculos X e XI. Além disso, para o cristianismo, a redenção a Deus precisa ser necessariamente coletiva, ou seja, ou todos os membros da comunidade são salvos ou ninguém será.



Figura 1.1: Sêneca
Fonte: © Gunnar Bach Pedersen / Wikimedia Commons

Isso cria um padrão maior e religiosamente justificado de exclusão ou seleção social; separando a sociedade entre os que podem ser salvos (que conseguem entender e manter a conduta deles esperada) e os que não podem (que por motivos diversos não conseguem manter o padrão de conduta deles esperado). São os arrazoados e os desarrazoados.

Não é mais possível ser de um jeito que não se enquadre à sociedade. E mais, é preciso, de alguma forma, eliminar aqueles que não se enquadrem. Na

Idade Média, por exemplo, as cidades surgiam nos caminhos e nas trilhas, em geral, à margem de rios, então, era comum barcos e navios despachar rio abaixo os criminosos, loucos, alcoólatras e outros indivíduos que não se adequavam ao modelo social da época e daquela determinada cultura.

Mais tarde, devido a conflitos gerados com as cidades que invariavelmente recebiam as "naus das loucas", iniciou-se o processo de prisão desses indivíduos. Em verdade, já era comum excluir do convívio em sociedade os leprosos, os enfermos de saúde e os recém-nascidos rejeitados. Normalmente, esses grupos eram colocados em locais mantidos por grupos religiosos.

Com os loucos, bandidos e alcoólatras o destino foi o mesmo: encarceramentos forçados em locais próprios. Para esses espaços iam também outras formas de desarrazoados, como os dissidentes políticos e as mulheres abandonadas e consideradas levianas.

Naquela época, grandes epidemias avassalavam a Europa, matando milhões de pessoas, mas os seres vivos microscópicos, em geral, causadores dessas doenças, não eram conhecidos, muito menos a relação entre as práticas básicas de higiene e a manutenção da saúde. Então, a lepra, peste, cólera, as gripes e outras epidemias eram, por consequência da falta de ciência, consideradas castigos divinos, alimentando assim a caça ao desalinhamento dos comportamentos sociais.

Foram longos anos de encarceramento e evacuação da loucura. Muralhas foram erguidas nas cidades para evitar as invasões em guerras e cercos, mas no dia a dia elas serviam para excluir a loucura e a diferença.

Ao longo dos 1.000 anos de encarceramento e evacuação, a loucura e o comportamento desviante do padrão foram precursores da colonização europeia das Américas e África e, presas aos sistemas de confinamento, passaram a estar disponíveis para o olhar de outros seres humanos.

Com o início das práticas higienistas, no final do século XVII, os médicos passaram a fazer parte das equipes de leprosários e carceragens, aplicando uma medicina absolutamente precária e rústica, baseada em sangrias, banhos, dietas alimentares, castigos físicos e trepanações. A típica medicina dos anos de 1600 passou então a tratar, em ambientes cercados e protegidos, e impunemente, a loucura e a desrazão.

Foi no início dos processos higienistas e sanitaristas dos séculos XVII e XVIII que a medicina começa a dividir o mesmo espaço que a loucura e a desrazão em todas as suas formas. Um encontro promissor para ambos, como veremos a seguir.

1.2 Breve história da medicalização da loucura

A medicina adentrou as carceragens, leprosários e conventos trazendo consigo uma visão positivista. O olhar moralista da religião foi gradativamente substituído pelo olhar catalogador das ciências biológicas positivistas. Essa visão permitia observar e registrar comportamentos, ações, pensamentos, práticas, comportamentos e até a ausência disso tudo.

Dentro dos confinamentos, o pecado, em suas diversas variantes, , passa a ser substituído por etiquetas que classificavam os seres humanos a partir de outros critérios, que representavam uma medicina precária e com poucas ferramentas de ajuda.

Nesse período, expressões (hoje corriqueiras no reconhecimento de características humanas) foram elaboradas e utilizadas como critérios de catalogação dos seres humanos: idiota, imbecil, retardado, mongoloide, parvo, histérico, entre outras. Palavras corriqueiras, que ainda hoje reconhecemos ou utilizamos como ofensivas e desqualificadoras da razão e do comportamento humano, surgiram nos séculos XVII, XVIII e XIX, como os precursores daquilo que, hoje, chamamos de diagnósticos em saúde mental.

É claro que nem tudo é uma grande vantagem para todos. Lembre-se de que é a filosofia dos séculos XVIII e XIX que acaba por fundamentar o nazismo e o fascismo. Portanto, quando a medicina passa a catalogar os encarcerados, ela o faz do ponto de vista de alguém que se vê como superior estudando alguém inferior.

Tratados até então como despojos da sociedade, passaram por maus-tratos e violência indiscriminada por quase 1.300 anos. Com a entrada do corpo médico, estudando e catalogando seus sofrimentos, os loucos, bandidos, rebeldes e alcoólatras passam também por uma gama de tratamentos sofridos e penosos, quase todos experimentais, com metodologias, procedimentos e práticas técnicas que visam classificar, a partir de então, as curas para as enfermidades.

Os médicos dessa geração são responsáveis pela imensa diminuição das correntes que mantinham os loucos amarrados, dos maus-tratos, da violência e do abandono. Nomes famosos como o de Charcot, Pinel e até mesmo Freud surgem como fruto desse processo de medicalização da loucura.

Como grande fruto desse período, temos o registro legal e jurídico da loucura como um processo de incapacidade mental do indivíduo, separando-o assim de outros tipos de encarcerados, mas, principalmente, diferenciando-os entre si, em diversos tipos de loucura.

Cada uma com suas características, prognósticos e diagnósticos, e com a fundação da psicanálise, na virada do século XIX para o século XX, surgiu a possibilidade de uma etiologia e o reconhecimento dessas enfermidades como doença. Um problema efetivamente médico, e não mais jurídico ou religioso.

Com o reconhecimento da loucura como estado de incapacidade mental, e não mais como vagabundagem, fraqueza moral ou bandidagem, ela passou a ocupar um lugar específico na estrutura social: criou-se então o hospício. Essa entidade existia há milhares de anos como hospedagem, depósitos humanos, resguardos, etc. Mas, dos séculos XVI e XVII em diante, apenas os doentes mentais eram encarcerados lá.

1.3 Psiquiatria baseada em remédios

Em função desses grandes avanços e dessas observações detalhadas dos encarcerados, definiu-se no século XVIII que o cérebro era o órgão responsável pelo pensamento e por suas desordens.

Tendo no corpo um órgão responsável, passou a haver, então, para esses médicos positivistas, um foco de ação e pesquisa. Foco esse que, no início do século XX culmina com a descoberta do neurônio. Em um avanço rápido, principalmente comparado aos 1.500 anos de encarceramento, ao fim da década de 1940 surgem os primeiro antidepressivos. e na década de 1950, na Suíça, surgem os primeiros antipsicóticos.

Carregados de efeitos colaterais que diminuíam muito a vida do paciente, esses medicamentos permitiram que, gradativamente, os pacientes encarcerados pudessem retornar as suas casas. Melhoravam, portanto, a qualidade de vida dos pacientes. Mais do que isso, permitiram à medicina olhar e ana-

lisar a relação dos diversos tipos de loucura com suas raízes familiares e a relação dos pacientes psicóticos com suas mães.

A-Z

Eletroconvulsoterapia é a terapia baseada em correntes elétricas aplicadas a pontos específicos da caixa craniana. Essa corrente elétrica produz convulsões que aliviam sintomas do paciente. A eletroconvulsoterapia, apesar de seu estigma tem resultados significativos em pacientes com quadros de embotamento.

Permitiram, ao corpo médico, intervenções diferentes das praticadas até então. **Eletroconvulsoterapia**, camisas de força, jaulas e grades passaram a ser necessários exclusivamente em momentos de crise. No resto do tempo, o diálogo, a instrução e as técnicas da psicologia passaram a dar suporte ao processo terapêutico.

Os antipsicóticos, juntamente com elementos de pesquisa laboratorial, levaram a saúde mental, de novo, a perder seu foco no ser humano. Recentemente descoberta por traz dos muros, a loucura, novamente, é esquecida e deixada de lado em função de um novo elemento: o neurotransmissor.



Figura 1.2: Medicação
Fonte: © Dmitry Naumov / Shutterstock

Em função da sua descoberta, novos avanços em tratamentos químicos permitiram, nesses 60 anos de psicofarmacologia moderna, tratar as mais diversas enfermidades da mente, ampliando o entendimento do que é saúde mental.

Esse papel messiânico seria perfeito se, com a produção industrial de medicamentos, não tivesse surgido todo um mercado de consumo que, hoje, sozinho, representa o terceiro maior comércio legalizado do planeta: as medicações de uso contínuo para transtornos mentais.

Resumo

Nessa aula vimos a evolução da relação da humanidade com a loucura e a desrazão. Caminhamos desde a Grécia e a Roma antiga, passando por períodos de longo isolamento e repulsa dos comportamentos desviantes até o período de medicalização da loucura nas últimas décadas do século XX.

Atividade de aprendizagem

- Elenque três exemplos práticos de sua vida em que o julgamento religioso-moral evita ou atrapalha uma abordagem clara e objetiva de problemas de saúde mental (não é preciso se ater à dependência química, pense também na ansiedade, depressão, etc.). Se possível, escreva os exemplos com clareza (sem citar nomes ou identificá-los) e compartilhe com colegas do curso a sua experiência.

Aula 2 – Perspectivas da psiquiatria sobre a dependência química

Nesta aula, temos como objetivo entender a importância histórica da religião e da medicina na compreensão do problema da dependência química. Vamos ver, através de um olhar histórico, que a dependência química, apesar do que representa socialmente, é uma das responsáveis por sustentar o mundo como o conhecemos.

Dentro da história da medicina psiquiátrica corre um paralelo importante: a história da evolução da dependência química dentro dos problemas de saúde mental.

Ela exige um olhar particular sobre sua história, pois, marcada por diferentes processos no tempo, o uso de produtos químicos para alterar a mente surge na Antiguidade como forma de celebração religiosa, e em 5.000 anos se torna o maior e mais contundente problema de saúde pública, violência e trânsito do planeta.

2.1 Da produção artesanal à produção industrial

Existem registros do consumo da *Cannabis* que remontam há quase 7.000 anos - aparentemente, ela era usada em rituais de adoração à Deusa *Shiva*, na Índia. Registros históricos remetem ao consumo de vinho há 5.000 anos, no Egito. Os povos nativos das Américas consumiam *ayausca* e tabaco em rituais específicos há milênios. Isso se registra também com o ópio, no Oriente Médio, e com a folha de coca, nos Andes.



Figura 2.1: Ayausca
Fonte: © Awkipuma / Wikimedia Commons

2.1.1 O álcool

Na Idade Média, a produção artesanal de bebidas alcoólicas limitava muito o seu consumo, fazendo com que os casos crônicos de alcoolismo fossem poucos, limitados ao poder financeiro, e restritos a determinadas regiões. Associados a vagabundagem, preguiça, mau-caratismo, fraqueza moral e outros "defeitos de caráter", os quadros de alcoolismo recebiam desprezo público e, com frequência, eram casos de vergonha e exílio.

Já era corriqueira naquela época a associação do uso de álcool a violência, indolência, complicações de saúde e desajustes de comportamento. Então, na Antiguidade, as substâncias que eram utilizadas por seu poder de alteração do funcionamento mental, passam, na Idade Média, não mais a estar associadas à ascensão divina, mas à decadência moral.

Essa mudança é importante de ser compreendida, pois era fruto dos efeitos que a substâncias causavam em seus usuários de longo prazo, dentro das comunidades. Calcule que o álcool, em suas diversas formas, tinha produção artesanal. Então, para que fosse possível consegui-lo em grande quantidade e por tempo suficiente para gerar problemas sociais era preciso ser do clero ou da realeza. Ou seja, era preciso ser nobre ou religioso por poder desenvolver alcoolismo grave e contundente.

Os religiosos e nobres tinham acesso ao vinho, enquanto a plebe tinha acesso a alguns destilados e cervejas (em geral, de produção caseira) e, dessa forma, as coisas correram por quase milênios. Os indivíduos que perdiam o controle sobre o ato de beber sofriam as mesmas punições que os bandidos e os loucos, sendo deportados ou encarcerados. Como os efeitos do álcool passam depois de certo tempo, acabavam, em alguns dias, soltos e depois voltavam ao consumo.

Com a mudança gradativa do sistema mercantilista para o capitalista, a industrialização que promoveu essa mudança chegou também ao álcool. A produção industrial da cerveja e das bebidas destiladas barateou o preço e facilitou muito o acesso. Então, entre o fim do século XVIII e o início do século XX houve um salto no consumo de álcool no planeta – e com ele o aumento dos seus problemas correlacionados.

O problema tornou-se tão sério e, de certa forma, era tão mal visto socialmente que, de início, quem se responsabilizou por ajudar os dependentes de álcool foram às ligas masculinas das igrejas protestantes. Ao final do século XIX, como uma reação ao aumento dos casos de alcoolismo, com consequências graves nas famílias das comunidades religiosas, grupos de recuperação de alcoólicos com cunho religioso-espiritual proliferaram nos EUA, Inglaterra, Suíça e Alemanha. Os mais famosos desses grupos ainda funcionam até hoje, ajudando muita gente. Os grupos Oxford foram a inspiração para os que, na década de 1940, fundaram o grupo Alcoólicos Anônimos (A.A.). E o grupo da Cruz Azul, até hoje, em diversos países do mundo, constitui o que provavelmente é o segundo maior grupo de ajuda mútua do mundo, perdendo apenas para o A.A.

2.1.2 As outras drogas

A *Cannabis* chegou ao mundo Ocidental vinda do Norte da África. Velha conhecida da humanidade era associada aos rituais religiosos afro-descendentes e, portanto, sofreu junto com os mesmos a perseguição e a clandestinidade. Por seu relativo poder de dependência e baixo índice de consequências sociais a terceiros, a *Cannabis* esteve sempre associada a indolência, preguiça e rebelião.



Figura 2.2: Cannabis
Fonte: © Axsadi Sánchez de Tagle / Wikimedia Commons

Desde que, na década de 1960, ganhou o público branco de classes média e alta, vem passando por um processo de reconfiguração social, com uma releitura romântica de sua história e de suas consequências à saúde do indivíduo e da comunidade.

O ópio e seus derivados vieram com as Grandes Navegações, principalmente por meio dos Ingleses e Holandeses, reis do tráfico nos séculos XVIII, XIX e XX. Seu consumo era tão comum no século XIX que suas referências na literatura inglesa são absolutamente vastas. Desde essa época já era associada à degradação da vida humana até sua morte. Com a manufatura do ópio em heroína, metadona e analgésicos, a produção da papoula passou a ser um mercado extremamente promissor e que alimenta duas fontes de movimentação financeira enormes: o tráfico e a indústria farmacêutica.



Você sabia que a Metadona é um remédio analgésico e sedativo, utilizado no tratamento da dependência de heroína? Saiba mais acessando: http://pt.wikipedia.org/wiki/Metadona

São diversos os relatos de proibições do seu consumo nos impérios do extremo Oriente, ao longo da Antiguidade, e da Idade Média, e foram os ingleses, através de interesses para financiar suas guerras, quem habilmente conseguiram liberar seu consumo na China do século XIX, gerando uma epidemia com consequências quase desastrosas para o Império Chinês.

A cocaína e o tabaco são velhos conhecidos da América, consumidos há milênios pelos nativos daqui, passaram a ser levados pelos ingleses para a Europa e serviram (mais o tabaco do que a coca) como ferramenta de financiamento do Império Inglês por mais de 200 anos. O mercado de tabaco no século XIX foi tão importante para o Império Inglês quanto o café e o chá, superando e muito, por exemplo, o mercado de tecidos e vestuário.

O tabaco foi o principal substituto do mercado de escravos, recuperando a receita que os ingleses perderam com o fim da escravatura. Representa, ainda hoje, um mercado em contínua ascensão, e deve continuar sendo, junto com a cafeína, a sacarose e a soja, por muitos anos.

2.3 Problemas morais e religiosos

Tendo em vista as tecnologias e os conhecimentos dos séculos XVIII, XIX e XX, não era possível um entendimento diferente acerca da dependência química. Os únicos entendimentos acerca de nossa psique passavam pela filosofia moral e pela religião. Então, vendo homens, pais de família, tendo suas vidas arruinadas por um comportamento aparentemente voluntário (mais uma dose), não era (como ainda não é) difícil fazer um julgamento ligado a valores espirituais, religiosos ou morais.

Enquanto a loucura, nesse período, pela avaliação direta de sua incapacidade de autocontrole, foi amplamente medicamentalizada, e, portanto, aliviada de suas culpas morais, o uso de substâncias, por outro lado, teve um agravamento moral mais severo, e o lugar do dependente químico não foi um espaço propriamente seu, como no caso da loucura, ele foi levado à carceragem!

Foi só nos anos de 1940, com a criação do modelo Minesota, por membros de Alcoólicos Anônimos que, aos olhos da sociedade, a dependência química passou a ser vista como um problema de saúde específico da saúde mental. Até então, a **exortação** a céus e infernos era evocada, e sempre em vão. O insucesso nos tratamentos frustravam médicos, padres, familiares, pastores e amigos, levando sua impotência há uma reflexão, não sobre o método de abordagem, mas sobre o valor do indivíduo que precisa de ajuda.

A-Z

Exortação
Do verbo *exortar*: é providenciar estímulos, animar, incentivar: exortar os jovens a prosseguir sem desânimo. Ou Seja, nesse caso chamar aos céus com todas as forças para que ele entre em ação!

O principal, e talvez o mais característico mecanismo de defesa do dependente químico, que é a racionalização, faz dele, aos olhos da comunidade, prolixo, inteligente e falsamente lúcido. Esse mecanismo de sustentação de sua doença foi o responsável por levar os bem-intencionados ajudadores a frustrações imensas e, portanto, foi também o responsável por colocar o dependente químico no pior espaço social possível, o "não espaço", a sarjeta.

Com o reconhecimento da dependência química como doença mental pela Associação Psiquiátrica Americana e, por consequência pela ONU, graças a incansáveis trabalhos de A.A. e colaboradores, foi possível para a medicina apropriar-se desse nicho de mercado. Desde então, levado aos laboratórios dos grandes institutos de pesquisa, camundongos, coelhos, chipanzés e seres humanos têm fornecido importantes informações sobre o metabolismo, a bioquímica e os efeitos neurobiológicos das drogas de abuso, levando a ciência a patamares curiosos de pesquisa.

O mercado de consumos de drogas, ilícitas ou lícitas, é o maior do planeta. As drogas de abuso alimentam o bolso de governos, indústrias e indivíduos. A grande corrida da ciência, mais do que com o intuito de curar o indivíduo, no sentindo de ajudá-lo a suspender o consumo, visa, antes, ajudá-lo a ser "normal", ou seja, continuar consumindo e alimentando o mercado sem causar os prejuízos sócio-familiares-econômicos tão típicos de sua doença.

2.4 Medicalização da dependência química

O estudo da dependência química pela medicina gerou avanços importantes no entendimento neurobiológico dos seus efeitos, suas consequências e alterações causados pelas drogas. Sabemos, hoje, que há alterações hepáticas importantes no organismo do dependente químico, sabemos também da plasticidade dos neurônios e de sua intensa alteração com o hábito do consumo; sabemos quais são os canais neurológicos mais afetados, quis tem satisfação e quais se deterioram primeiro frente ao consumo, entre outros.

A medicalização da dependência química permitiu a criação de medicações que atenuam os efeitos, a abstinência e as consequências biológicas do uso de substância. Foi a medicalização da dependência química que permitiu o desenvolvimento de técnicas como a terapia breve para a **adicção**, a prevenção de recaída, as abordagens preventivas, a aproximação com a atenção primária à saúde e a redução de danos.

A-Z

Adicção
é o comportamento de estar fortemente associado a algo. Assim sendo, seu uso corriqueiro designa nos grupos de N.A. o adicto, aquele que está fortemente associado à droga.

Mas, infelizmente, ou felizmente, a medicalização ainda não foi efetiva no processo de recuperação. Apesar de todos os esforços e avanços, a cada passo à frente, seja com uma nova técnica, um novo medicamento ou uma nova abordagem, um novo chamado ao consumo, uma nova substância ou a incapacidade de criar no indivíduo a famosa BOA VONTADE, continuam levando a recaídas e aumentos no consumo de substâncias.

A medicina não é muito diferente da religião em sua postura para com o indivíduo. Na verdade, ela comete o mesmo erro da religião: ela sujeita o indivíduo a si como única verdade, onisciente e onipotente. Mas, uma das características mais bonitas e mais presentes no adicto de qualquer substância é a luta interna e pessoal por ser um indivíduo, por não ser subjugado a nada, por tentar ser livre de estigmas e rótulos. Promessa que a droga começa cumprindo e, depois, numa grande trapaça, revoga, sujeitando-o ao sofrimento.

Portanto, até os dias de hoje, a medicina e a religião têm tido vitórias parciais, não frente ao problema de drogas, mas sim frente à busca dos indivíduos por esse algo a mais na vida, que a droga, em seu início de consumo, representa.

Além desses avanços e retrocessos, a psiquiatria tem uma metodologia muito peculiar de diagnóstico clínico, baseada, como em outras áreas da medicina, em um grupo de sintomas. Esse grupo de sintomas, quando detectados

com suas caraterísticas, forma um quadro que retrata o diagnóstico. Com isso, um elemento importante surgiu: a noção de comorbidade. Apesar da intensidade da palavra remeter a algo sinistro, a noção de comorbidade representa a presença de dois ou mais problemas psiquiátricos acometendo o mesmo indivíduo. Veja que até por volta da década de 1950, a dependência química não era considerada doença, e só depois da década de 1980 foi considerada doença primária, ou seja, uma doença que acontece independentemente de outros quadros clínicos.

Sendo uma doença primária, ela já não era considerada como causada por outros transtornos, mas sim como a causadora de outros transtornos. Assim sendo, com a noção de comorbidade, o tratamento da dependência química passou a acontecer em paralelo a outros quadros psiquiátricos que, por ventura, pudessem acometer os indivíduos. E mais do que isso, permitia um diagnóstico diferencial preciso para outros transtornos que mascaravam o consumo de drogas.

Transtornos de humor, psicóticos e de ansiedade passaram a carregar em seu diagnóstico uma pequena nota de diagnóstico diferencial: no caso de uso de substância, a tendência é que o quadro seja de dependência química, mais do que de outro transtorno mental. Então, para um claro diagnóstico de outros grupos de transtornos mentais, passou a ser necessária uma avaliação da relação dos indivíduos com as substâncias de abuso, lícitas ou ilícitas.

Nem sempre essas noções são respeitadas, e há uma tendência na medicina ao diagnóstico sugerido pela indústria farmacêutica. Essa desatenção médica é a grande justificativa dessa disciplina, ou seja, até onde a medicina ajuda no processo de recuperação, e a partir de onde ela amplia o problema por omissão ou indução do erro?

Resumo

Nessa aula vimos que a relação do homem com as substâncias psicoativas não é nova, remonta a tempos remotos. Sua evolução caminha em paralelo com a evolução da humanidade tendo seu grande avanço acontecido em paralelo ao avanço da sociedade industrial e capitalista.

Atividade de aprendizagem

- Tendo em vista o que foi discutido nessa aula, comente o papel social das comunidades terapêuticas de patrocínio e fundação religiosa-moral: como você vê a relação delas com a ciência contemporânea? Como você vê a construção de uma recuperação que remete (depois de tanta evolução no pensar) a dicotomia céus e infernos?

Aula 3 – Atuação em equipe multidisciplinar

Nesta aula, nosso objetivo é entender o conceito de multidisciplinariedade, transdisciplinaridade e, principalmente, perceber a função de um corpo múltiplo de profissionais atuando em diversas áreas, partindo de múltiplas frentes de ação, com o foco em um só problema.

Poucos problemas de saúde são tão obviamente transdisciplinares quanto à dependência química. Costumamos dizer que ela é um problema bio-psico-social, e, em alguns casos, também espiritual. Sua relação direta com a manifestação de genes específicos, a necessidade de um ambiente favorável ao seu desenvolvimento, os problemas de saúde do indivíduo e os problemas sociais acarretados pelo uso, abuso e pela dependência de substâncias psicoativas implicam no envolvimento de vários profissionais relacionados à área.

3.1 Transdisciplinariedade e Multidisciplinariedade

Em geral, assistentes sociais, médicos especialistas, médicos psiquiatras, psicólogos, enfermeiros, terapeutas ocupacionais, agentes de saúde, técnicos em recuperação, Narcóticos e Alcoólicos Anônimos, todos, de alguma forma, acabam se ocupando da dependência química. Para que possamos ilustrar de maneira mais clara, vamos dividir em quatro campos de atuação:

- Prevenção ao uso;
- Prevenção do uso abusivo e da dependência química;
- Abordagem, intervenção e tratamento; e
- Repressão.

Para fazermos esse estudo, vamos, primeiramente, diferenciar a transdisciplinariedade da multidisciplinariedade.

Transdiciplinariedade é o conceito que representa o transbordamento de um conhecimento de uma área específica para muitas áreas. Quando pensamos no uso de drogas, podemos imaginar que pesquisadores de áreas completa-

mente diversas podem estar fazendo estudos diretamente com esse objeto, sem necessariamente ter a mesma visão ou atuação. Por exemplo, um médico cardiologista pode estar fazendo uma pesquisa sobre os efeitos da vasodilatação nos músculos que compões o coração quando do uso da cocaína; enquanto um antropólogo pode estar fazendo um estudo sobre o efeito do tráfico de crack numa comunidade do interior. Ambas as pesquisas são de extrema importância para o entendimento do problema. Então, essa extrapolação de uma área específica para muitas áreas do conhecimento permite uma compreensão mais ampla e promissora na busca de soluções globais.

Já a multidisciplinariedade é uma exigência de atuação. Profissionais de diversas áreas são necessários para atuar como um corpo único de conhecimento em função das necessidades do doente. A doença afeta o enfermo de formas tão diferentes e em áreas tão distintas de sua vida que só um profissional de uma área específica olhando por sua recuperação não é o suficiente.

No caso da dependência química, essa convocação inclui uma gama tão grande de profissionais que, para exemplificarmos, o melhor é construirmos uma tabela de referência:

Tabela 3.1: Equipe multidisciplinar na relação com a dependência química.

Área	Profissionais	Ações
Problemas físicos	Médico clínico geral, pneumologista, infectologista, cardiologista e, em alguns casos, dermatologista.	Averiguar e tratar o quadro global de danos causados ao corpo. Ex.: escabiose em pessoas que passaram períodos morando na rua; infectologistas para casos de HIV/Aids.
Problemas mentais e comportamentais	Médico psiquiatra e psicólogo.	Apoio de medicação, internamento e acompanhamento psiquiátrico; Psicoterapias de prevenção à recaída, suporte familiar, acompanhamento e tratamento psicológico; Terapias farmacológicas podem apoiar transtornos mentais associadas ao consumo de drogas, problemas psiquiátricos diversos, como depressão, ansiedade e psicoses.

Apoio aos programas de internamento em clínicas, comunidades terapêuticas ou hospital dia	Terapeutas ocupacionais, enfermeiros, educadores físicos.	O aproveitamento terapêutico do tempo na clínica com o aprendizado de atividades manuais através de labor terapia (coordenada por profissionais); Acompanhamento básico de saúde Atividades físicas; Monitoramento clínico.
Acompanhamento social da vida do paciente	Assistente social	Apoio em auxílio-doença, encaminhamento de familiares em dificuldades sociais, relação com convênios, recursos humanos em empresas, problemas com a justiça e demais pontos de interseção do paciente com a sociedade.
Suporte educacional	Pedagogo	Amparo aos estudos em atraso; Desenvolvimento de novos caminhos escolares e profissionais.

Fonte: Elaborada pelo autor (2014).

Podemos pensar a dependência química e sua relação com os diversos profissionais em função de três áreas, nas quais, todo o esforço bem planejado é bem vindo.

3.2 Profissionais na prevenção

Três ambientes são extremamente funcionais no processo de prevenção: escola, consultório médico, e grupo de jovens. Nesses três locais, a palavra "orientadora" pode ter papel fundamental na mudança de comportamentos que possa acentuar o risco de uso, abuso ou dependência de drogas.

Na escola, alguns programas desenvolvidos pela equipe de profissionais (pedagogos, professores, psicólogos, guarda municipal e polícia militar) podem preparar os alunos para desenvolver ferramentas de resistência ao uso de drogas, por meio de exemplos, treinamentos assertivos, informação, grupos de apoio e esportivos.

Pesquisas recentemente publicadas por acadêmicos do curso de Serviço Social da PUC-PR mostram que a faixa etária de entrada ao consumo de drogas (lícitas ou ilícitas) gira em torno de 11 e 15 anos, sendo o ponto decisivo a idade de 13 anos. Atividades bem planejadas pela equipe técnica podem dar suporte não só aos alunos, mas também aos pais e professores.

Quando levamos em consideração as estatísticas de 11% de dependentes de álcool, podemos pensar diretamente que muitos dos alunos em sala de aula têm problemas domésticos ou familiares com o alcoolismo. E mais, têm em casa, na vizinhança ou na família reforçadores importantes do uso e do consumo de drogas. Nesse sentido, programas integrados de prevenção ao uso de drogas exigem bom planejamento multidisciplinar.



Você sabia que a Metadona é um remédio analgésico e sedativo, utilizado no tratamento da dependência de heroína? Saiba mais acessando: http://pt.wikipedia.org/wiki/Metadona

Enquanto na escola a prevenção é uma ação coletiva, nos consultórios (médicos, psicológicos, fisioterapêuticos, psicopedagógicos e até dentários) a prevenção é feita diretamente entre o profissional, que detectam o possível surgimento do problema em seu paciente. Nesses casos, o profissional, atuando autonomamente ou em clínica, precisa ter uma rede de contatos que permita o bom encaminhamento do caso, orientando o paciente e/ou familiares na direção de ajuda especializada.

Vemos, na prática clínica que, profissionais com uma boa rede multidisciplinar de contatos consegue, muitas vezes, prevenir um processo de agravamento do uso de substância por meio de encaminhamentos bem sucedidos. Talvez a ferramenta mais poderosa de prevenção ao uso de drogas seja o engajamento juvenil, o protagonismo juvenil, que pode ser obtido através de grupos religiosos, teatro, esportes ou espaços culturais, blindando os jovens com laços de amizade e companheirismo, que permitem nortear a vida com valores e práticas que o distanciam de um uso nocivo de drogas.

Diversos grupos de jovens são coordenados por missionários que promovem palestras multidisciplinares com o intuito de esclarecer e orientar não só para o problema de drogas, mas para a vida.

3.3 Profissionais na intervenção

Seja através das fundações públicas de assistência, seja através de consultas médicas e internamentos forçados, a intervenção, em algum momento, vai ser necessária. Quanto mais bem preparados estiverem os indivíduos envolvidos, melhores serão os resultados. Então, nesses casos, a abordagem multidisciplinar é extremamente necessária.

Quando geramos uma intervenção, invadimos a vida da pessoa identificada, alterando seus padrões familiares, sociais e de trabalho. Atuar em todas essas frentes de forma eficiente é praticamente impossível para apenas um profissional. Um exemplo simples e cotidiano é a abordagem de moradores de rua, normalmente com uma equipe de assistentes sociais, psicólogos,

motoristas, agentes de saúde e, em alguns casos, até policiais ou guardas municipais. Essa equipe precisa ter a mesma visão do processo de abordagem, e a mesma visão sobre a dependência química. A equipe precisa estar afinada com o mesmo discurso e, principalmente, treinada para obter os melhores resultados possíveis.

Outro exemplo importante é a abordagem na emergência dos hospitais gerais. Estatísticas do Ministério dos Transportes apontam para 1.800 mortes no trânsito a cada sexta-feira - em comparação com as segundas-feiras, que apresentam cerca de 600 mortes. Esses números mostram uma relação direta entre a vida noturna (e o consumo de drogas) e as mortes. O número de feridos não é estatisticamente levantado, mas pode ser imaginado. Logo, percebemos quanto movimento um hospital de pronto-socorro tem no fim de semana, em consequência do consumo de drogas. Médicos, enfermeiras e fisioterapeutas costumam fazer parte das equipes de pronto–socorro e são, portanto, a linha de frente na intervenção e abordagem de um público de risco no consumo de drogas.

3.4 Profissionais na reinserção social

Retomar a vida após um internamento longo, de 6 a 12 meses, não é uma tarefa fácil. Soma-se a isso o fato de muitos dependentes químicos ficarem marginalizados por períodos absurdamente longos na vida: 10 ou 20 anos. Em alguns casos de alcoolismo, os indivíduos chegam a ter 40 e até 50 internamentos. O contínuo e infinito trabalho de manutenção da abstinência não é o único problema que um dependente químico em recuperação enfrentará.

A recuperação do crédito na sociedade é uma tarefa árdua, de longo prazo e profundamente frustrante. A reconstrução de novos objetivos de vida, descolados do uso de drogas e alinhados com a realidade emocional, profissional e educacional, mostra-se um desafio quase inatingível. Então, a reinserção social implica em um olhar multidisciplinar mais do que corretivo, mas capaz de abrir portas na sociedade e, ao mesmo tempo, abrir a mente do indivíduo que tenta se reinserir na comunidade.

Muitos dependentes químicos enfrentam um problema duplo, senão triplo. O uso de substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, leva, muitas vezes, a uma vida de marginalidade tão profunda que a criminalidade acaba sendo uma opção viável, quando não é a única opção. Então, muitos adictos em recupe-

ração, além das dificuldades típicas da reinserção social, ainda enfrentam a culpa que carregam de seu passado e, porque não, uma longa ficha criminal.

Esses fatores indicam a presença de mais profissionais envolvidos no processo de recuperação. Além dos óbvios profissionais da saúde e do serviço social, advogados, juízes, agentes comunitários e de recursos humanos passam, também, a fazer parte dessa equipe.

Resumo

Nessa aula vimos que a dependência química exige múltiplos conhecimentos de diversas áreas do conhecimento humano, e que só é possível alcançar toda a sua complexidade agrupando-se profissionais de diversas áreas em uma contribuição mútua, tanto da prática de trabalho quanto do desenvolvimento acadêmico.

Atividade de aprendizagem

- Elabore uma lista de profissionais de diversas áreas e como suas ações podem colaborar com as atividades de recuperação no ambiente onde você trabalha. Procure criar entre cada profissional uma rede de ligação baseada em atividades desenvolvidas em comum ou em complementação.

Exemplo: Orientação à família

Tanto os agentes do PACS (Programa de Agente Comunitário de Saúde) quanto a assistente social faz atendimentos, medições e orientações na casa das famílias atendidas. O psicólogo e o assistente social têm conhecimento técnico suficiente para realizar abordagens familiares relacionadas a violência doméstica, uso de álcool e de drogas. Tanto o PACS quanto o psicólogo pode ter treinamento em técnicas terapêuticas para acompanhamento em saúde.



Seguindo o exemplo anterior, monte a sua própria rede multidisciplinar.

Aula 4 – Atuação em atenção primária em saúde

Nessa aula veremos o que constitui a atenção primária à saúde e como essa política da Organização Mundial de Saúde se aplica às políticas públicas brasileiras. Veremos a atenção básica a saúde, a saúde da família e, principalmente, o papel do técnico em recuperação de dependentes químicos nesse ambiente multidisciplinar.

A noção de Atenção Primária à Saúde foi criada pela OMS em 1978, com o objetivo de garantir um serviço mínimo de saúde, acessível a toda comunidade, que pudesse ser, portanto, medido através de seus resultados, para a avaliação e verificação da qualidade de vida nos diversos países associados a ONU.

Esse conceito trouxe consigo uma mudança no paradigma da saúde pública. Muitos países, como o Brasil, têm em seu projeto de nação a saúde como um bem público, ou seja, sustentado pelo governo. Em países liberais como os EUA, a saúde foi, até o governo de Obama, mais um elemento de mercado, de comércio mesmo, com livre concorrência e tudo mais. Mas, devido às diferenças de gestão econômica e administrativa, muitas vezes, países que entendem a saúde como bem público acabam por ter um serviço de saúde muito precário. Então, visando padronizar no mundo uma referência mínima de atendimento a saúde, a OMS constituiu uma baliza mundial de Atendimento Primário à Saúde.

Essa baliza prima pela simplicidade e objetividade científica, praticidade tecnológica, baixo custo e, principalmente, pela educação da população da comunidade-alvo, para aceitação dos diversos programas preventivos, interventivos e de tratamento. Então, o programa tem como base a introdução da educação de saúde e o acompanhamento direto da comunidade nos cuidados públicos de saúde.

O alvo da OMS com esse programa é seu critério de qualidade de vida. Os programas de qualidade de vida da OMS são fundamentados em elementos objetivos de mensuração, entre eles a longevidade, a fome, a educação e a saúde. Então, a Atenção Primária à Saúde, quando levada a risca, dentro dos

critérios da OMS, garantiria uma elevação nos índices de qualidade de vida dos países.

A Atenção Primária à Saúde deveria, segundo a OMS, ser o primeiro contato do paciente com a medicina e suas áreas afins. Sendo assim, seria uma porta de entrada do indivíduo aos programas de saúde pública.

Outro ideal traçado pela OMS para a Atenção Primária à Saúde seria a noção de integralidade ou a noção de que o ser humano é um ser bio-psico-social. Portanto, o programa de Atenção Primária à Saúde deveria ser levado ao seu público por uma equipe multidisciplinar, capaz de zelar pelos fundamentos básicos de uma boa vida social, biológica e psicológica. Sendo assim, a equipe de saúde primária deveria olhar pela higiene básica da comunidade, para os índices de violência, empregabilidade, bem como para a saúde, com vacinas, programas preventivos em diversas doenças, e detecção e primeira abordagem a problemas de saúde individuais e coletivos.

Esse cuidado primário da saúde do indivíduo precisaria ser, pelas diretrizes da OMS, coordenado como uma ação global e coletiva, atendendo a globalidade dos indivíduos da comunidade e, ao mesmo tempo, atendendo todas as necessidades básicas em saúde e bem-estar do indivíduo.

4.1 A saúde básica no Brasil

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde, por programas do governo federal em parceria com as regionais de saúde, tornou-se Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). A finalidade do programa é a mesma, mas a intenção do governo é adaptar as diretrizes da OMS às diversas realidades do Brasil, de acordo com as peculiaridades de cada comunidade. Para isso, o serviço básico de saúde precisaria se aproximar literalmente do espaço de residência dos indivíduos.

Estar dentro da comunidade, como um espaço físico de um posto de saúde ou de uma unidade de saúde nem sempre é financeiramente viável e, muitas vezes, não é a forma mais efetiva de se alcançar os resultados esperados. Então, as equipes dos PNABs passaram a ser equipes, em geral, móveis, com longa capacidade de deslocamento, seja de barco, avião ou ônibus.

No Brasil, graças a esse programa, a Atenção Básica à Saúde compreende tarefas como promoção e proteção da saúde, abordagem de problemas de saúde, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Ou

seja, um cuidado básico, que abrange praticamente uma supervisão constante da saúde do indivíduo e da comunidade.

Essa equipe deve comprometer-se com a saúde e a educação sanitária de forma democrática, introduzindo práticas coletivas que permitam aos indivíduos e à comunidade desenvolver essas práticas sem perder suas estruturas culturais, valores regionais e crenças de vida. A equipe precisa atuar de forma democrática, gerando nos membros da comunidade a participação na gestão sanitária, preventiva e de acompanhamento de saúde.

4.2 O Programa de Saúde da Família

De dentro das unidades básicas de saúde, equipes multidisciplinares com preparação específica são deslocadas até os domicílios pré-determinados para o acompanhamento básico de saúde das famílias residentes nesses locais.

Essas equipes de atendimento básico de saúde foram designadas como ESF (Estratégia de Saúde da Família) e, portanto, deveriam abranger a saúde e higiene geral, bucal, psicológica, preventivas e de serviço social. Baseada em "práticas gerenciais sanitárias, democráticas e participativas", agentes de saúde seriam os responsáveis pela supervisão das ações e, principalmente, pelo levantamento territorial para ação.

Esse programa, de financiamento federal, foi criado em 1994 com o intuito de democratizar o acesso à saúde básica mesmo nos lugares mais recônditos ou mais pobres. Como o trabalho visa uma participação ativa da comunidade, ele necessariamente é também instrutivo, ou seja, tem a função de trazer autonomia na gestão dos processos de higiene e sanitarismo básico doméstico ou de pequenas comunidades.

Apesar do financiamento federal, o ESF, assim como outros programas ligados à atenção primária à saúde, têm gestão municipal. Esse processo de descentralização, que direciona o gerenciamento de programas federais às unidades de saúde dos municípios, visa a uma adequação do processo de nivelamento da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades, com a manutenção, dentro do possível, de caraterísticas suas socioculturais.

4.3 Programas de Agentes Comunitários de Saúde

Com diretrizes lançadas em 1997 pelo Ministério da Saúde, o PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde) tem por função viabilizar um corpo de profissionais capacitados para atender determinadas necessidades de instrução na prevenção de problemas de saúde nas comunidades. Seu papel é abrangente, atuando desde programas de prevenção sanitária (contra dengue, cólera, febre amarela, etc.), até mapeamentos de necessidades básicas em saúde.

O PACS atua direta e continuamente em campo, ou seja, está permanentemente em contato com a comunidade a qual lhe foi deliberada. Convivendo com os indivíduos, conhece, ou deveria conhecer, portanto, as necessidades reais das famílias, dos indivíduos e da localidade. Então é o PACS que atuará fazendo a ligação entre as famílias e o ESF ou a unidade básica de saúde – papel importante quando pensamos nas necessidades de uma população carente, pouco instruída e, principalmente, abandonada pelo poder público.

4.4 Uma breve discussão

Somos um país vasto em extensão, população e miséria. Ou seja, somos um país-problema para a gestão de saúde básica. Das cidades mais populosas no litoral, até os recônditos dos igarapés amazônicos, temos uma precariedade imensa no sanitarismo público básico: redes de coleta de esgoto, água pluvial e tratamento de água potável. Temos problemas gravíssimos na gestão do lixo doméstico e industrial - aliás, temos comunidade inteiras que sobrevivem do lixo residencial produzido pelos grandes centros urbanos.



Figura 4.1: Rede de Esgoto em Cubatão – interior de São Paulo
Fonte: © Ayrton Vignola / http://noticias.r7.com

Hoje, no Brasil, os desafios, além de estruturais (canos de água, estações de tratamento, unidades de saúde, etc.), são também culturais. Comunidades inteiras, próximas aos grandes centros ou afastadas deles, vivem em sistemas culturais próprios peculiares. São comunidades que têm valores e crenças arraigados nos processos básicos de sobrevivência. Então, estão ainda, em partes graças à falta de esforço político de sustentação e incentivo à Atenção Primaria à Saúde, vivendo em função de elementos de subsistência que antecedem uma possível discussão sobre a higiene e qualidade de vida.

Essas necessidades alimentares, de vestuário e de moradia criam um buraco instransponível no processo de gestão de saúde:

- Como discutir a importância de lavar as mão e deixar os alimentos de molho na água sanitária com indivíduo que recolhe lixo para poder se alimentar?

- Como abordar um indivíduo com escabiose se, antes de tudo, ele precisa deixar de morar na rua?

- Como sustentar programas básicos de saúde comunitária se, em função do tráfico de drogas, famílias inteiras precisam migrar, levando embora todo o trabalho feito até então?

Poderíamos descrever a atuação primária da seguinte forma esquemática:

A-Z

Exortar
é providenciar estímulos, animar, incentivar: exortar os jovens a prosseguir sem desânimo. Ou Seja, nesse caso chamar aos céus com todas as forças para que ele entre em ação!

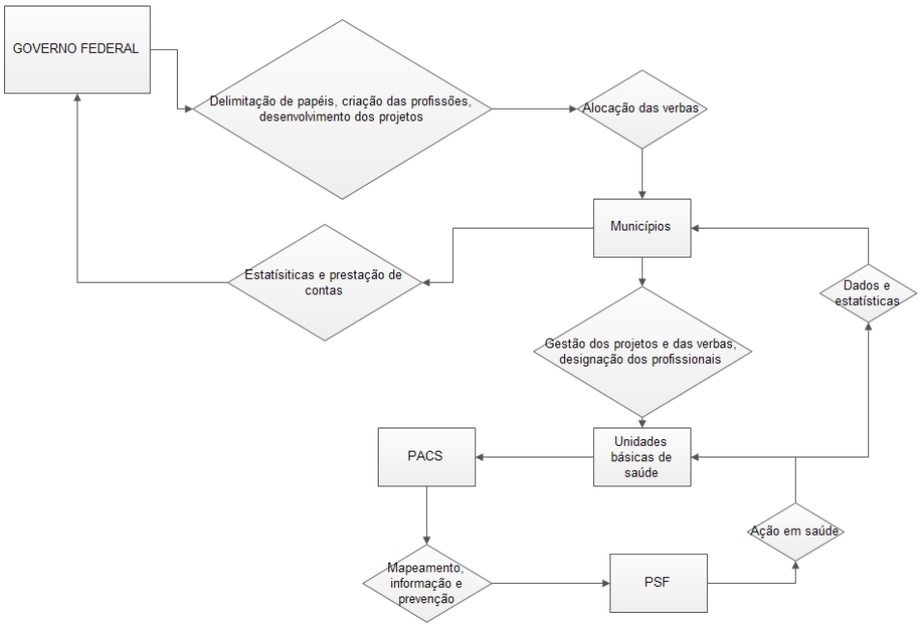


Figura 4.1: Atuação primária.
Fonte: elaborada pelo autor.

Resumo

Nessa aula vimos o PNAB, o ESF e o PACS. Comentamos a relação importante entre informação, democracia e saúde. Assim sendo, vimos o papel fundamental da descentralização e da ramificação dos conceitos, conhecimentos e atendimentos à saúde. Portanto, vimos o conceito de participatividade.

Atividade de aprendizagem

Você acha que o técnico em recuperação de dependentes químico poderia atuar nessas unidades básicas de saúde ou no ESF? Como você percebe a importância do técnico em recuperação de dependentes químicos nessas equipes multidisciplinares? Que atividade você proporia para essas comunidades?

Aula 5 – Atuação em atenção secundária em saúde

Nesta aula veremos o conceito de atenção secundária à saúde e como se organizam as redes microrregionais de saúde, bem como a sua relação com os profissionais especializados.

Vimos na aula 4 o conceito de atenção primária à saúde, criado pela OMS; como ele é aplicado no Brasil, por meio da noção de saúde básica; e também seus principais protagonistas, o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes de Comunitários de Saúde.

5.1 Introdução à atenção secundária à saúde

A atenção secundária à saúde é o processo de continuidade e extensão direta da rede de saúde. Enquanto a saúde básica atende aos programas sanitários, preventivos e faz o contado direto com a comunidade, a rede de atenção secundária aguarda os encaminhamentos vindos da comunidade atrás de seus especialistas.

Talvez aguardar não seja o melhor termo, mas podemos deduzir, pela composição de sua rede, que a atenção secundária é mais estática em relação à atenção primária. A atenção secundária fica locada nas unidades, postos de saúde e hospitais, compondo uma rede de especialidades básicas.

Nessas unidades deveríamos encontrar pediatras, ginecologistas, ortopedistas, urologistas, psicólogos, psiquiatras, etc., com a função de avaliação clínica, encaminhamento e acompanhamento especializado das necessidades de saúde dos membros da comunidade que para lá são encaminhados. Nessa estrutura de funcionamento estão os serviços ambulatoriais e hospitalares que exigem um nível tecnológico intermediário.

Essas unidades, segundo seu plano diretor, deveriam ser compostas por um corpo profissional multidisciplinar capaz de efetuar os tratamentos curativos (psicológicos e/ou físicos). Para isso, deve haver condições mínimas para in-

ternamentos curtos, cirurgias emergenciais de pequeno porte, consultórios para atendimento ambulatorial e consultas, espaços para avaliações psicológicas em saúde mental e escolar, grupos de apoio e autoajuda em diferentes áreas, e é indispensável a ligação direta com a realidade da comunidade.

Essa ligação direta com a comunidade precisa, diferentemente da ESF ou do PACS, se construída na proximidade ou na distância. Como a grande chave dessas unidades são estruturas físicas de potencial tecnológico de atendimento ao público intermediário, elas são unidades físicas fixas em instalações prediais, barcos ou ônibus (casos específicos ligados às necessidades regionais), portanto a ligação com a comunidade é menos invasiva e o vínculo criado pela necessidade de atendimento.

Em grandes centros urbanos, é comum, ou deveria ser comum, a unidade de saúde estar localizada dentro do próprio bairro ou vila, de acordo com o plano de execução do município. Nesses grandes centros urbanos, em geral, o bairro com melhor acessibilidade de logística de trânsito é escolhido como ponto de referência, e recebe diversos serviços prestados pelo município, sendo, em relação aos bairros vizinhos, o polo de atendimento de serviços públicos.

Os grandes centros urbanos podem ainda dividir uma regional em pequenas unidades de saúde básica (que, além dos ESF e dos PACS, teria um sistema ambulatorial mínimo) e unidades de saúde secundárias de maior complexidade, praticamente mini hospitais gerais. Em cidades com menor concentração populacional, podemos encontrar uma realidade bastante distinta. A menor concentração populacional, a dificuldade de manter profissionais especializados e o alto custo das unidades de saúde secundária, acaba por construir regionais que, ao invés de unir bairros em torno do atendimento da unidade, une cidades. Munícipios com um sistema de saúde um pouco mais estruturado podem acabar sendo polos de atenção secundária para diversos municípios no seu entorno.

Tanto no caso dos grandes centros urbanos como no dos pequenos municípios, a precariedade no atendimento se dá pelos mesmos motivos: custos, escassez de profissionais e demanda altíssima. Nos grandes centros urbanos, as equipes multidisciplinares de especialistas costumam não estar presentes todos os dias na unidade, já que, principalmente os médicos, são plantonistas, e não concursados. A diferença entre os valores pagos aos profissionais, comparando redes públicas de saúde e redes privadas, e os valor pagos aos

médicos é enorme em favor das redes privadas. Além disso, nas redes públicas de saúde, o número de consultas efetuadas pela equipe multidisciplinar é absurdo.

Um exemplo bem simples para podermos fazer a comparação: na rede municipal de Curitiba (realidade com a qual convivo de perto), a regional do Bairro São Braz atende 4 bairros da região sudoeste do município, uma população total de 300.000 habitantes. Essa unidade é composta por uma rede de 8 pontos de atendimento básico e 2 de atendimento secundário (completos, com tecnologia e equipe multisciplinar). No total, a equipe é composta por 32 profissionais de saúde, mais os agentes comunitários. Essa regional de saúde, segundo dados fornecidos por sua coordenadora, efetuou, em 2012, 120.000 atendimentos. Se fôssemos fazer uma média ponderada (o que não é o caso, já que certas especialidades como clínica geral e pediatria têm demanda muito maior que as demais), poderíamos dizer que cada profissional da unidade atendeu 2.500 consultas naquele ano. Lembre-se que cada profissional tem 30 dias de férias, 53 fins de semana, podem adoecer, e atendem seus próprios familiares em suas demandas.

Levando em conta o Volume X Logística de atendimento, o projeto do governo federal, junto ao SUS, compreende que os municípios responsáveis podem atuar gerenciar a atenção secundária e terciária à saúde através de três formas: podem ser contratados, conveniados e/ou, ainda, pactuados com outros municípios. Dessa forma, o trâmite de concursos públicos, grande licitações e outros entraves burocráticos ficam descartados. Já que os municípios podem utilizar-se de estruturas da rede privada e/ou de outros municípios, além, é claro, dos contratos de serviço com os profissionais.

Bom, levando em consideração que o atendimento primário e secundário à saúde esteja sendo bem aplicado à comunidade, e levando em consideração uma situação de relativa eficiência desses dois serviços, podemos imaginar que, então, haverá uma diminuição de casos graves de saúde, bem como a diminuição da gravidade de casos severos. Pensando dessa maneira, a atenção secundária, que receberia os encaminhamentos dos programas de saúde básica e de seus próprios ambulatórios, deveria conseguir resolver, em sua própria unidade, 90% dos casos - se existem entraves do ponto de vista logístico Pacientes X Atendimentos, do ponto de vista de serviços, Profissionais X Vagas, e de cobertura, Unidades X População.

Um quarto problema mira o custo de manutenção dessas unidades. Como elas recebem uma estrutura tecnológica suficiente para atender demandas de pequeno e médio porte, grande parte dos exames (como tomografias e ecografias), procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porto (pronto atendimento e ortopedia) e avaliações clínicas (avaliações psiquiátricas, psicológicas e exames ginecológicos), esses equipamentos precisam, necessariamente, de equipe técnica especializada (radiologistas, enfermeiros, instrumentadores cirúrgicos e outros técnicos diversos em saúde), além de constante manutenção.

Um elemento constitutivo dos programas de atenção secundária à saúde merece nosso destaque nessa aula: as UPAs (unidades de pronto-atendimento).

5.2 UPA - Unidade de Pronto Atendimento

As UPAs são unidades de pronto-atendimento, e por seu regimento deveriam oferecer à população serviço com atendimento 24 horas por dia, durante todos os dias da semana. As UPAs têm por estratégia de ação oferecer profissionais de saúde, plantonistas, que realizariam atendimentos de urgência e emergência.

Este atendimento funcionaria como uma ferramenta de triagem para casos mais graves e serviços de pleno atendimento para casos solucionáveis na própria unidade, sendo assim, um modelo de gestão da saúde pré-hospitalar. Para conseguir vencer esse afluxo de maneira eficaz, as UPAs precisam ser instaladas de maneira estratégica nos municípios e comunidades. E, principalmente, precisa funcionar, dentro da rede de saúde, com o apoio de diversas equipes de saúde básicas que manteriam o fluxo de pacientes direcionados para as UPAs, e não mais para os hospitais.



Figura 5.1: UPA – Colônia Rio Grande
Fonte: http://www.sjp.pr.gov.br

5.3 CAPS

Os CAPS são os Centros de Atenção Psicossocial. Voltados para o atendimento à saúde mental, eles surgem como resposta ao movimento de repúdios aos hospitais psiquiátricos, na medida em que a rede pública começou o processo de desospitalização dos pacientes que moravam ou eram atendido em hospitais psiquiátricos, uma alternativa intermediária, especializada e, principalmente desassociada da ideia do manicômio precisava ser criada.

Os CAPS surgem acompanhando os novos conceitos de saúde pública, descentralizada, mas conectada em rede. Cumpre um papel parecido com as UPAs, mas voltado exclusivamente para a saúde metal. Não exclusivamente aos problemas com álcool e drogas, mas também transtornos mentais diversos.

A-Z

Exortar
é providenciar estímulos, animar, incentivar: exortar os jovens a prosseguir sem desânimo. Ou Seja, nesse caso chamar aos céus com todas as forças para que ele entre em ação!

Pela legislação, alguns CAPS da rede precisam oferecer atendimento de emergência 24hs integrado às UPAs e aos serviços de educação (escolas, colégios e maternidades) para poderem receber os encaminhamentos de problemas de aprendizagem e detectados na escola.

Então, grosso modo, baseados em um discurso humanista e integrador, eles são as unidades secundárias de saúde responsáveis pela atenção a saúde mental. O paciente do CAPS deveria ser encaminhado de consultas nas UPAs ou através dos ESFs. Esses dois elementos da rede, mais as escolas e colégios, serviriam como estruturas de detecção dos problemas de saúde mental na comunidade. Servindo, depois, de ferramentas de acompanhamento para os tratamentos contínuos necessários em saúde mental.

Boa parte dos pacientes em atendimento no CAPS são pacientes flutuantes no atendimento:

- Vão da rede terciária (hospitais gerais com leitos psiquiátricos ou hospitais psiquiátricos) para a CAPS e vice-versa;
- São pacientes de difícil adesão a tratamentos;
- São pacientes que frequentemente desistem do tratamento, voltando mais tarde;
- São pacientes com alto grau de complicações sociais e econômicas.

Resumo

Nessa aula pudemos observar o papel fundamental da atenção secundária à saúde frente à comunidade, não só na prestação de serviços de saúde, mas como centro integrador dos processos entre a atenção básica e a atenção terciária. Vimos as UPAs e os CAPS, e procuramos mapear a saúde mental dentro da rede pública de saúde.



Atividade de aprendizagem

- Procure delimitar o papel do profissional de RDQ junto aos dois grandes serviços de atenção secundária à saúde. Aproveite seu conhecimento adquirido nas aulas 3 e 4 e procure fazer um mapa relacional da atuação do RDQ junto aos profissionais das UPAs e dos CAPS.

Por exemplo:

Cirurgião ortopedista	Assistente social	RDQ
- Atendimento a fratura típica de violência doméstica	- Acompanhamento do caso - Suspeita de alcoolismo	- Abordagem do caso de alcoolismo - Acompanhamento terapêutico do caso

Agora, tendo como base o pequeno modelo acima, desenvolva outros modelos de relações interdisciplinares ou multidisciplinares ligados ao RDQ na atenção secundária.

Aula 6 – Atuação em atenção terciária em saúde

A atenção terciária diz respeito à atenção complexa à saúde. O carro chefe da atenção terciária são os hospitais e centros de alta complexidade.

Vimos nas aulas anteriores os dois primeiros componentes da rede de atenção à saúde: na primeira instância do Sistema de Atenção à Saúde, o vínculo é estreito com o público, atuando em sua casa, promovendo a noção de participatividade e democratização; na segunda instância do Sistema Secundário de Atenção à Saúde, o carro chefe é a noção de especialidade e baixa complexidade. Agora, veremos a atenção terciária em saúde.

6.1 Introdução à atenção terciária em saúde

A Atenção Terciária à Saúde é o ponto extremo do processo complexo de atendimento à saúde. Enquanto a atenção primária trabalha com a participatividade, focando em processos instrucionais de prevenção de primeiro e segundo níveis, através de ferramentas de ação que vão até a comunidade (ESF e PACS), a Atenção Secundária atua de forma mais passiva e especializada. A comunidade vem em direção às unidades de atendimento e, lá, os especialistas em diversas áreas clínicas acompanham, diagnosticam e tratam problemas de saúde de baixa e média complexidade, e/ou de longa duração.

No fim do processo, se os problemas de saúde forem pensador longitudinalmente, os sistema terciários ficariam responsáveis por situação de alta gravidade, alta invasividade ou de grande dificuldade diagnóstica. Ficaria, portanto, com menos de 10% dos atendimentos de saúde. Nesses hospitais deveriam estar os processos cirúrgicos e os tratamentos medicamentosos, como as quimioterapias e radioterapias. Exames diagnósticos invasivos ou de grande complexidade tecnológica também estariam localizados nessa ponta do sistema de atendimento à saúde.

Essa noção de complexidade no atendimento refere-se a dois elementos

componentes dos recursos da atenção terciária: em primeiro lugar, a complexidade tecnológica – equipamentos de alta tecnologia para tratamentos, cirurgias e processos diagnósticos. Mas, sozinha, a tecnologia não teria efetividade alguma sobre a saúde, então, em segundo lugar, a alta complexidade de conhecimento humano.

Na atenção secundária, os especialistas estão presentes, mas são especialistas em áreas gerais da saúde humana: ginecologista, cirurgião, pediatra, nutricionista, ortopedista. Na atenção terciária, esse especialista transcende sua área geral tornando-se dono de conhecimento em áreas extremamente restritas, tais como cirurgião ortopedista de coluna, cirurgião ortopedista de joelho, cirurgião gástrico, cirurgião oncologista, cirurgião neuro-oncologista, etc.

Essa complexidade demanda alto investimento em recursos humanos e tecnológicos. Equipamentos para cirurgias com o apoio de recursos de vídeo, por exemplo, custam dezenas de milhares de reais. Capacitar uma equipe médica para o uso desses equipamentos e, principalmente, sustentar e manter essa equipe, incluindo enfermeiros especializados em cada área (fisioterapeutas, nutricionistas e psicólogos), absorve recursos financeiros em demasia.

Quando chegamos nesse patamar da atenção à saúde fica mais evidente o papel das instâncias anteriores. Nelas, 90% dos atendimentos devem ou deveriam ser resolvidos. Barateando, simplificando e, principalmente, democratizando o atendimento à saúde. Mas, elementos culturais importantes ainda estão em mudança no Brasil. Nossa cultura é bem clara; lugar de doente é no hospital.

Esse padrão cultural gera dois problemas na prática da relação do sistema de saúde com a população: somos um povo acostumado a ir em busca da saúde, portanto temos receios culturais em relação à presença dos agentes de saúde nas comunidades e, assim, costumamos procurar direto as instâncias secundária e terciária.

A segunda questão é parcialmente verdadeira: "O posto de saúde não vai dar conta do meu problema!". Com essa crença criamos, de geração em geração, um impedimento de visitar constantemente as unidades de atenção secundária. Assim, os problemas de saúde se acumulam ou se agravam, gerando, então, necessariamente a visita ao hospital.

Pelo planejamento do sistema de saúde, a visita ao hospital deveria ser exclusivamente mediante emergências não atendidas nas UPAs ou mediante encaminhamento das UPAs. Como isso nem sempre acontece, os hospitais acabam por precisar oferecer atendimentos clínicos especializados, e se não o fizerem criam gargalos instransponíveis em seus sistemas de atendimento. Ficam, assim, na prática, com uma dupla carga frente ao sistema: seus sistemas de alta complexidade, mais os atendimentos que deveriam ser realizados nas UPAs ou nas unidades básicas de atendimento à saúde.

Como vimos, a atenção terciária é designada por sua complexidade que, de um lado reside nos recursos oferecidos (recursos humanos e tecnológicos), e de outro lado esse nível de dificuldade reside também nos pacientes que procuram a atenção terciária e a complexidade de enfermidades. Essas doenças têm nível alto de dificuldade de investigação diagnóstica, pois depende de equipamentos caros, alta tecnologia, exames invasivos e, ainda, apresenta alto risco de vida ou contágio.

O nível de complexidade pode estar relacionado não só ao diagnóstico, mas ao tratamento também exigindo recursos de ponta nos processos cirúrgico (cirurgias neurológicas, por exemplo) ou com grande risco de vida. Podemos falar ainda da alta complexidade de processos cirúrgicos como as de grande porte ou muito demoradas (cirurgias de coluna ou transplantes de órgãos, por exemplo).

Outro exemplo de tratamentos de alta complexidade são os tratamentos não cirúrgicos em oncologia. As quimioterapias e radioterapias acabam criando, nos pacientes, desconfortos e efeitos colaterais diversos. Por conta disso, em geral, o tratamento oncológico é feito em setores especializados dentro das unidades terciárias de saúde. Outros elementos de alta complexidade são também as UTIs (Unidades de Terapia Intensiva) e CTIs (Centros de Terapia Intensiva). Aqui, os pacientes com alto risco de vida no pós–cirúrgico, ou ao longo dos tratamentos, são internados para terapias intensivas e cuidados intensivos gerais.

Esses tratamentos de alta complexidade não precisam, nem se recomenda que estejam, dentro de uma mesma estrutura hospitalar. Pelo contrário, como a intensão é a criação de uma rede de saúde, clínicas especializadas com alta complexidade na prestação de serviço acabam sendo mais eficazes do que um grande bloco hospitalar.

Ao longo da malha coberta pela rede de saúde, o Estado pode criar grandes hospitais de alta complexidade e clínicas pequenas, mas com alta complexidade na prestação de serviços. Como a ideia do sistema é o acesso, isto é, a democratização, a descentralização dos serviços facilita o acesso e a mobilidade entre as diversas escalas do sistema, além de dinamizar o atendimento.

Como podemos ver, a rede terciária de atenção à saúde é composta mais por um conceito do que por uma unidade rígida, e esse conceito e a complexidade no tratamento.

6.2 Atendimento à dependência química

Em relação à dependência química, encontramos nas unidades secundárias de atenção à saúde o CAPS. Nas unidades terciárias encontraremos as Comunidades Terapêuticas. Enquanto o CAPS faz um atendimento ambulatorial, podendo, em alguns casos, receber internamentos de poucos dias, as comunidades terapêuticas vão lidar com as situações de alta complexidade. Nesse caso, o isolamento em regime residencial e o acompanhamento especializado se mesclam ao conhecimento técnico e à larga experiência exigida dos profissionais envolvidos.

A grande diferença é a intensidade. Com uma frequência maior que a de outras doenças, a dependência química refuta abordagens preventivas e ambulatórias, tendo, portanto, com maior frequência, casos de alta complexidade e gravidade. Comumente, pacientes dependentes químicos são acometidos por doenças oportunistas, doenças consequentes do abuso de substâncias, ou mesmo acidentes ocorridos em função do uso delas. Essa situação indicaria a passagem pelo serviço das unidades terciárias em duas instâncias de tratamento: uma clínica, no hospital geral, e a outra ligada ao uso de drogas, na comunidade terapêutica.

6.3 O ciclo de acompanhamento da dependência química

Tendo visto os três elementos que formam a rede de atenção à saúde, podemos agora localizar e perceber o fluxo do paciente frente ao serviço de recuperação de dependência química no atendimento público de saúde - desde a abordagem preventiva/primária nos serviços de saúde aplicados dentro da comunidade (ESF, PACS e unidades básicas de saúde) até as redes de clínicas, comunidades terapêuticas e hospitais psiquiátricos, para tratamento de casos graves.

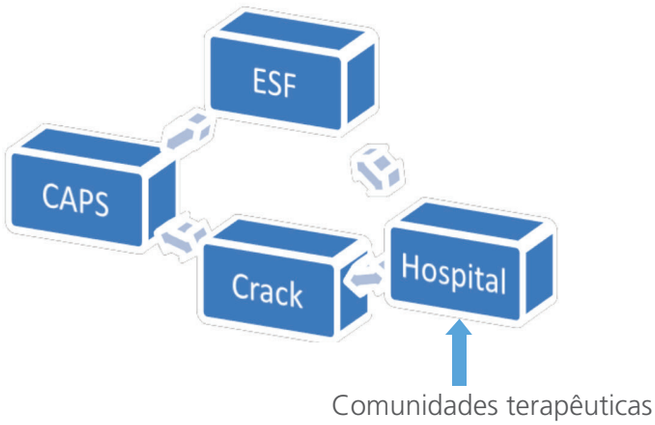


Figura 6.1: Esquema do ciclo de acompanhamento da dependência química.
Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Como o índice de sucesso no tratamento de casos graves é baixo, esse ciclo é constantemente reciclado por uma boa quantidade de pacientes recaídos. Além da dificuldade natural presente no processo de recuperação da dependência química, a falta de combate ao tráfico de drogas torna a recaída facilitada pela facilidade de aquisição da droga.

6.4 Fluxograma do sistema de saúde

Na rede pública de saúde, seguindo os padrões de atendimento determinado pelo PNAB, a saúde deveria responder por um sistema piramidal, no qual, na base, estaria a comunidade. Na verdade, toda a população.

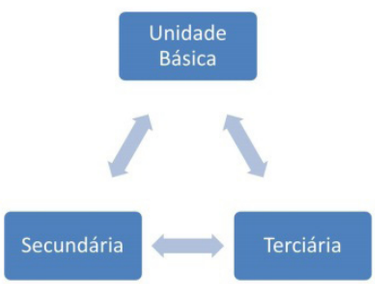


Figura 6.2: Sistema piramidal da saúde pública.
Fonte: elaborada pelo autor (2014).

O serviço prestado pelas unidades básicas de saúde em larga escala deveria, em teoria, chegar aos domicílios dessa comunidade, convocando-a democraticamente à participatividade.

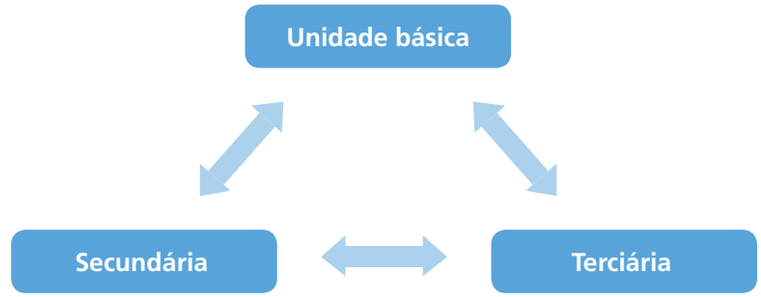


Figura 6.3: Relação entre as instâncias da saúde pública.
Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Das unidades básicas partiriam os encaminhamentos para as unidades secundárias e, após serem atendidos e examinados pelos especialistas, os pacientes seriam reencaminhado às unidades básicas ou para as unidades terciárias de atendimento.

Resumo

Nessa aula vimos a atenção terciária à saúde. Vimos também o conceito de complexidade em atenção à saúde, à noção de risco, o diagnóstico e o hospital. Vimos à relação das três instâncias de atenção à saúde. Pudemos observar, também, o papel das comunidades terapêuticas frente à atenção terciária.

Atividade de aprendizagem

- Na prática, sabemos que existem gargalos e dificuldades no sistema de atendimento à saúde. Alguns desses gargalos interrompem ou inviabilizam o atendimento dos pacientes dependentes químicos. Faça uma lista de possíveis dificuldades a serem encontradas em cada uma das unidades do sistema.

Aula 7 – Legislação e produção de pesquisa em relação à dependência química

Nesta aula veremos a grande questão da legalização que, na prática, não existe como elemento libertador, em relação às drogas. Veremos também as principais instituições de pesquisa e produção científica em álcool e outras drogas.

Podemos fazer dois tipos de classificação das substâncias psicoativas, uma ligada aos seus efeitos e outra ligada às questões legais. Em relação aos efeitos, as drogas podem ser divididas em três grupos, de acordo com os efeitos que essas substâncias vão exercer sobre a atividade mental. Elas podem ser alucinógenas, depressoras e estimulantes da atividade mental.

Nesse caso, é importante salientar a questão da atividade mental, ou seja, não é uma divisão feita a partir dos efeitos causados no sistema nervoso central, e sim sobre o funcionamento da mente e seus atributos cognitivos. Com isso, vemos que a cocaína e seus derivados, mesmo tendo efeitos depressores sobre o sistema nervoso (redução do apetite, por exemplo), são considerados drogas estimulantes, pois aumenta a atividade mental, acelerando o pensamento e, como consequência, a fala e a mente.

Por outro lado, a *Cannabis* é uma droga conhecida e usada por seus efeitos relaxantes, mas não é classificada como uma droga depressora, e sim como uma droga alucinógena, já que o seu principal efeito é distorcer o funcionamento da mente, produzindo suaves efeitos alucinógenos nos sentidos, e acarretando diversas alterações no pensamento e no comportamento. Outra droga que chama a atenção nesse aspecto é o álcool, usualmente consumido por seu suave efeito euforizante, ele é, na verdade, um poderoso depressivo da atividade mental e, quando consumido em excesso, pode levar ao coma alcoólico e até a morte.

Tabela 7.1: Classificação dos tipos de droga.

Estimulantes	Depressoras	Perturbadoras
Cafeína	Álcool	Maconha
Cocaína	Tranquilizantes	LSD
Crack	Opiáceo	Exctasy
Anfetaminas	Ansiolíticos	Psilocibina
	Solventes	Santo Daime
	Inalantes	Vegetal

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Em relação à legislação, essa divisão é um pouco menos complexa, mas ainda sujeita a discussões importantes. A principal delas é que nesse tipo de situação não há nem haverá, em momento algum, liberação de consumo de nenhuma substância psicoativa – não existe, na verdade, a liberação ou a liberdade de produção, transporte, comércio ou consumo de nenhuma substância psicoativa. O que existe é a regulamentação desses elementos. Existem regulamentos sobre a produção (desde a matéria-prima até o refino, envaze e preparação industrial), taxações de produção, comércio e transporte e, por fim, regulamentações severas e rígidas em relação ao comércio e às diversas formas de consumo.

Tabela 7.2: Classificação legal dos tipos de droga.

Regulamentadas	Ilícitas
Álcool;	Cocaína;
Inalantes;	Crack;
Chás, ervas;	Maconha;
Cafeína;	LSD;
Remédios Manipulados; Laboratoriais:	Exctasy
Tabaco;	ETC.;

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

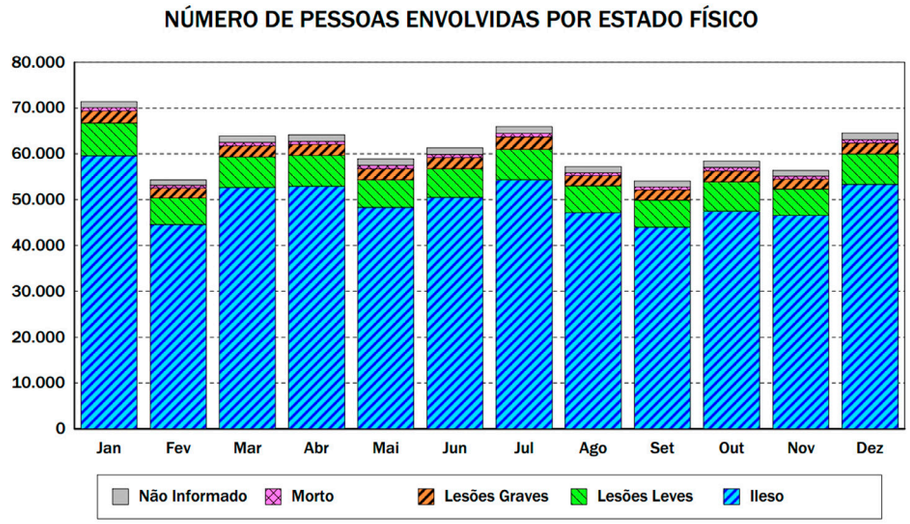
Claro que não podemos, jamais, perder de vista a relação tão característica que nós brasileiros temos com nossas leis. Nós não as cumprimos devidamente se não houver repressão e fiscalização. Como é falha a fiscalização, que cabe aos órgãos governamentais (diversas instâncias fiscalizadoras: fiscais, agrícolas e de vigilância sanitária, polícias de diversos níveis e órgãos jurídicos investigativos), as substância que chagam até os espaços comerciais acabam sendo consumidas livremente.

Mas isso não quer dizer que não haja regulamentos e leis que dirijam a forma como esse comércio deve ou pode acontecer. Por exemplo, o álcool, em qualquer forma de apresentação, em qualquer ambiente (doméstico ou

público), não pode ser vendido ou consumido por menores de 18 anos. O tabaco idem. Essas decisões não são tomadas de forma aleatória pelo Estado, e, aqui, descobrimos uma das principais importâncias dos centros de pesquisa e referência: eles, através da coleta científica de dados e informações, produzem resultados que permitem ao Estado tomara decisão mais acertada frente à regulamentação dessas substâncias.

Podemos tomar como exemplo a nova legislação que regulamenta a perigosa relação entre o consumo de álcool e a direção de veículos automotores. Ela simplesmente veta o consumo de álcool ao condutor. Ou seja, para o condutor, o nível de alcoolemia no sangue é igual a zero. Essa decisão é tomada a partir da análise de dados coletados em pesquisas. Os acidentes envolvendo mortos e feridos nesta relação álcool e direção somam números alarmantes, observe o **gráfico 7.1**:

Gráfico 7.1: Número de pessoas envolvidas por estado físico.

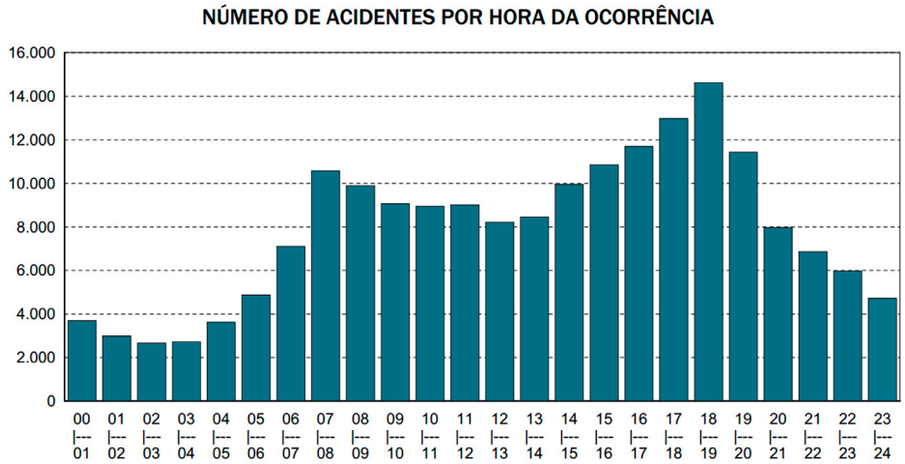


Fonte: www.dnit.gov.br

No **gráfico 7.1**, podemos ver claramente que nos meses em que mais comumente temos festas associadas ao consumo de álcool, como fevereiro (carnaval), junho e julho (festas juninas), o número de acidentes também aumenta. O período de férias, principalmente as de verão, apresenta o mais alto índice de mortalidade.

Podemos analisar outros gráficos:

Gráfico 7.2: Número de acidentes por hora de ocorrência.

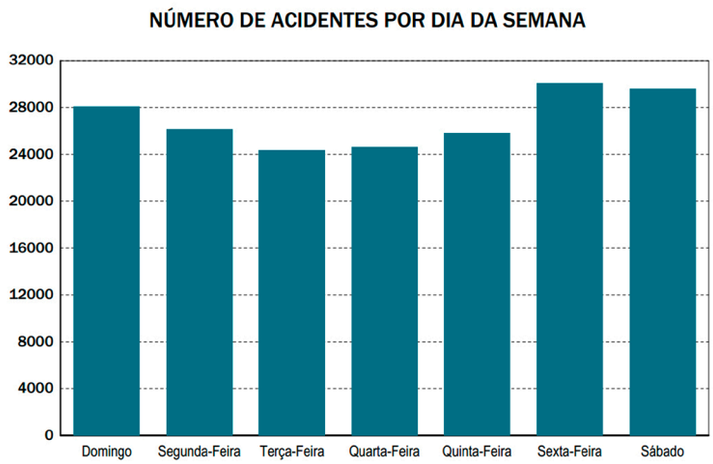


Fonte: http://www.dnit.gov.br

O **gráfico 7.2** nos mostra a hora do acidente. Note um dado interessante: quantitativamente, o maior número de acidentes acontece, evidentemente, no horário em que há mais veículos nas ruas. Note, ainda, que entre as 20h (horário do fim do *happy hour*) e às 6h da manhã, quando estamos, na maior parte, ainda acordado, o número de acidentes é enorme – principalmente se levarmos em conta o número reduzidíssimo de veículos em circulação nesses horários.

Agora, para terminarmos com esse exemplo de forma definitiva, podemos analisar o **gráfico 7.3**:

Gráfico 7.3: Número de acidentes por dia da semana.



Fonte: http://www.dnit.gov.br

O **gráfico 7.3** nos mostra a relação de acidentes e os dias da semana em que eles acontecem. Observe que às sextas, sábados e domingos, dias em

que o consumo de álcool é induzido como elemento construtor da alegria e da felicidade, os números aumenta quase 30% em relação à segunda-feira.

Tendo esse modelo de estudo da relação entre álcool e direção, fica fácil entendermos a tomada de decisão frente aos regulamentos que dirigem o consumo de substâncias psicoativas. Vejamos agora os principais centros de pesquisa e excelência no fornecimento de dados de pesquisa – das quais nós, profissionais da RDQ, também fazemos uso.

7.1 CEBRID

O Centro Brasileiro de Informação sobre álcool de Drogas (CEBRID) é o principal centro de pesquisas e divulgação de pesquisas científicas sobre álcool e drogas, no Brasil. Esse centro de pesquisa é o principal responsável pelos levantamentos estáticos nacionais sobre consumo e consequências do consumo de drogas. Todas as suas pesquisas são financiadas pelo governo, a fim de gerar dados nacionais para sustentar a tomada de decisões, em diversas estruturas, estratégias e instâncias de ação governamentais, mistas e privadas.

Inúmeras pesquisas importantes sobre o uso de drogas no Brasil estão disponíveis no *site* do CENBRID. São levantamentos de dados de todas as regiões brasileiras, em todos os estados do Brasil, em todas as capitais, e em muitas cidades com mais de 50 mil habitantes.



Tenha acesso a estes e muitos outros dados importantes, acessando: www.cebrid.com.br

Além dessas pesquisas, podemos encontrar também informações em diversos níveis de atuação (prevenção, abordagem, combate e tratamento), em folheto prontos para *download* e uso gratuito.

7.2 SENAD

A Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) foi fundada durante o governo do Presidente Fernando Henrique Cardoso. Ela tem a finalidade de ser um órgão norteador das políticas nacionais que conduzem as ações públicas e privadas frente ao uso e combate aos entorpecentes.

No *site* do SENAD podemos encontrar muitas informações sobre legislações, além de acesso a diversas pesquisas de ponta realizadas por muitos institutos e universidades do Brasil. Por ser o órgão regulamentador das políticas nacionais, ele traz em seu *site*, também, informações valiosas para quem

Acesse também o *site* portal.mj.gov.br/senad/ e obtenha mais informações e dados a respeito do combate à dependência química.

trabalha na área de recuperação de dependentes químicos. Ele cataloga as comunidades terapêuticas e, por meio de alguns critérios, elenca aquelas que devem ser vistas como referência nacional no tratamento e recuperação de DQ.

Resumo

Nessa aula vimos como as pesquisas orientam e norteiam o processo de construção legislativo a cerca da produção, comercialização e consumo de drogas. Vimos também a diferença entre a ideia de legalização e a realidade, a regulamentação. Também aprendemos a classificar as substâncias por seus efeitos e por seu caráter legal.

Atividades de aprendizagem

1. Pesquise no site do CEBRID e do SENAD informações estatísticas sobre a sua região. Comece com o levantamento nacional do CEBRID, tentando analisar os dados referentes ao seu estado e, se houver, ao seu município também. Em relação ao SENAD, visite o site a faça o levantamento de material disponível para campanhas de prevenção. Avalie o material e faça um pequeno mapa de como ele poderia ser útil na sua comunidade.

2. Busque no site do DETRAN do seu estado ou no site da Polícia Federal informações sobre acidentes de transito na sua região e, para começar a reforçar seu conhecimento para palestra de prevenção, analise as tabelas em buscas de associações com o consumo de álcool e outras drogas.

Aula 8 – Saúde mental comunitária

Nesta aula veremos o papel da ação comunitária frente a saúde. Levando em conta os critérios de democratização e participatividade veremos o posicionamento da comunidade frente a saúde pública.

No mundo, como no Brasil, a saúde não surge como um conceito estanque. O conceito de saúde não nasceu pronto e nem sempre foi como o entendemos hoje. Para que se tenha ideia, o PNAB é fruto de orientações da OMS que datam da década de 1980, portanto, muito recentes em ralação à história contemporânea do homem.

Vimos na aula 1 que os grandes movimentos sanitaristas datam do período entre os séculos XVI e XVIII, portanto, também bastante recentes na história humana. Na aula 1, vimos a evolução do processo do pensamento médico/científico acerca da loucura, e percebemos que essa evolução foi lenta e gradual, passando de conceitos espirituais e morais para conceitos científicos, ao longo de dois mil anos.

No conceito geral de saúde essa evolução foi igualmente lenta e gradual, saindo de diagnósticos dedutivos no período da Grécia Antiga, passando pelo período cristão da Idade Média, com uma visão espiritual da saúde, até o surgimento dos primeiros pensadores renascentistas, como Paracelso.

Essa evolução é tão lenta que apenas no século XIX, com a invenção do microscópio, as células e os microrganismos puderam ser descobertos. Mais do que isso, os anestésicos e antibióticos, vacinas e outros sistemas eficazes de esterilização só foram descobertos na primeira metade do século XX. Então, o sistema de prevenção e tratamento da saúde só pôde começar a ser entendido, como o vemos hoje, ao longo do século passado.

Esse breve histórico é extremamente importante quando pensamos em saúde comunitária e, também, quando pensamos em saúde mental comunitária. A saúde passou a ser uma preocupação do Estado a partir do Renascimento,

Você sabia? Paracelso foi um médico que revolucionou a medicina de seu tempo ao antecipar a homeopatia e o uso da química no tratamento médico. Saiba mais acessando: http://www.dec.ufcg.edu.br/biografias/PhlippuA.html



com o surgimento dos grandes burgos, das grandes cidades. Até então, adoecer era um fato divino, associado ao castigo por pecados cometido (no Oriente, os chineses tinham um sistema de saúde rico e, no Oriente Médio, cirurgias oculares e outros procedimentos invasivos já eram realizados).

Quando o Estado se incumbe dos programas sanitários e de saúde pública, ele transfere para o coletivo (representado no governo) a responsabilidade de cuidar da saúde. Como o Estado e o governo não são indivíduos, a responsabilidade pessoal sobre o cuidado da saúde das comunidades fica descaracterizada. Assim, o Estado é o agente ativo, e os cidadãos da comunidade assumem um papel passivo frente à saúde da comunidade.

Então, um programa de saúde coletiva, seja em saúde mental, prevenção ou controle sanitário, é necessariamente um programa que delega aos cidadãos, através dos processos de democratização e participatividade, o papel ativo sobre o cuidado da saúde comunitária.

A saúde coletiva é, por definição, a saúde em um grupo de indivíduos, incluindo a distribuição dos níveis de saúde dentro do grupo. Mas, nesse conceito estão incluídas as definições de saúde decididas em Otawa, no Canadá e, desde então, a OMS usa esse critério, baseado no modelo que era usado por lá.



Figura 8.1: Saúde coletiva
Fonte: © thanapun / Shutterstock

Nesse conceito, saúde é mais do que não estar doente, é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Por essa definição, para se ter saúde é preciso, necessariamente, que a comunidade se envolva, construindo em volta de si mesma elementos que complementem o bem-estar social.

Então, a saúde coletiva depende da relação entre a comunidade e seus membros, usando como parâmetro, e tendo como objetivos, os conceitos da saúde que, por si só, envolvem:

- sanitarismo;
- higiene;
- atenção à saúde.

8.1 O modelo brasileiro

Como visto desde a aula 4, saúde no Brasil implica em participatividade, então, pelo próprio PNAB, a democratização do conhecimento é uma das bases da saúde. Sendo assim, a saúde é no Brasil sempre um elemento público e comunitário. Esse modelo brasileiro de saúde comunitária é importante porque visa três pontos que respeitam as características distintas de todos os povos nacionais:

- Democratização;
- Manutenção das práticas de vida, dos valores e das crenças (culturas);
- Acesso e gestão comunitária.

Cabem nesse modelo três ressalvas bastante significativas. A primeira delas diz respeito à cultura brasileira de saúde. Na nossa cultura, a saúde é prestada pelo governo, sendo ampla e irrestritamente um problema governamental. Além disso, essa saúde fornecida pelo governo é para a população de baixa renda ou carente. Sendo assim, a população com maior renda, seja através dos convênios ou do desembolso financeiro, se utiliza da rede privada de saúde.

Tudo bem, até certa altura, mas quando pensamos que essa população de renda mais alta é também a mais politizada, é aquela com melhor nível de educação. Percebemos que a saúde pública acaba perdendo uma importante parcela do processo democrático e participativo, pois aqueles que têm grande capacidade de colaborar com o processo participativo se exclui desse papel.

Assim, o segundo problema, o processo de democratização da saúde, que exige gestores locais dos processos, acaba por se apoiar em ONGs que, através de financiamento governamental, se encarregam de capacitar e coordenar as comunidades (principalmente as mais carentes) para esse processo de responsabilização pela saúde da comunidade. Surgem aí elementos que, se por um lado, em sua maioria, desempenham papéis importantíssimos no desenvolvimento de comunidades inteiras, por outro lado, em sua minoria, se aproveitam de mais uma possibilidade de ganho ilícito.

A terceira questão, menos importante, mas talvez, a mais simbólica, é a forma como as universidades vêm suprindo o papel do Estado no provimento de saúde. Na ânsia de capacitar e desenvolver seus alunos, mas também no intuito de colaborar com a comunidade, universidades e faculdades enviam seus alunos a campo para atuarem como facilitadores de diversos processos comunitários.

Essa participatividade dos universitários é excelente em alguns aspectos, e prejudicial por outro lado. Positivamente, ela não só, muitas vezes, acaba por suprir a carência do Estado e da organização comunitária, como inspira membros da comunidade a se aproximarem da vida acadêmica. Por outro lado, reforça a dependência das comunidades de elementos externos para movimentarem seus processos.

Olhando por esses três aspectos fica clara a importância da participatividade. Mais ainda, fica claro que em nosso país fazemos uma entranha confusão entre comunidade e carência – sempre associando a ideia de comunidade à ideia de população carente. Assim sendo, a população com melhor renda e maior escolaridade não enxerga a si mesma como elemento comunitário, como parte da comunidade ou como comunidade em si.

Ao mesmo tempo em que, facilmente pensamos uma abordagem preventiva contra o uso de drogas comunitária em um bairro afastado do grande centro, jamais poderíamos imaginar uma abordagem como essa em um edifício de um grande e chique condomínio. Vemos essa dificuldade na prática, todos às vezes em que oferecemos um projeto sobre essa mesma temática em um colégio público e, em seguida, em um colégio particular.

Os partícipes de um colégio público normalmente veem a si mesmos como membros da comunidade, como parte de comunidades, como facilitadores da vida comunitária. Portanto, abraçariam com unhas e dentes o projeto. Já

o colégio particular, provavelmente, abriria mão do projeto, numa tentativa de evitar a associação do nome da escola ao uso de drogas.

Resumo

Nessa aula vimos como o processo de empoderamento da população está atrelado a saúde pública através da participatividade comunitária. Pudemos entender que certas dificuldades na gestão da saúde pública dizem respeito à desresponsabilização de determinadas fatias da população, além de problemas culturais e de gestão da participatividade.

Atividade de aprendizagem



- Procure na sua região de residência projetos comunitários ligados à saúde, tais como consultórios dentários de ONGs, postos de saúde, centros comunitários, etc. Veja quando eles se reúnem, quais serviços costumam prestar à comunidade e, principalmente, como você pode colaborar e receber apoio nesses serviços.

Veja na região de sua residência quando acontecem as reuniões e assembleias comunitárias, seja do condomínio, da escola, dos sindicatos e das UPAs, bem como as ligadas à prestação de contas dos municípios e do Estado. Participe pelo menos uma vez de em cada uma das assembleias.



Aula 9 – Redução de danos

Nesta aula veremos como a iniciativa antiga da redução de danos se transformou ao longo de um século em uma importante ferramenta na atenção à dependência química e em seu quadro social geral.

A estratégia de redução de danos remonta ao século XIX. Usuários de ópio tinham suas doses controladas por voluntários ou familiares, já que a suspensão do seu uso poderia acarretar em morte por suicídio ou falência biológica. Na época, a redução de danos não era uma política pública, muito menos uma estratégia formal de tratamento, apesar dos registros existentes.



Figura 9.1: Ópio – Suco extraído da papoula
Fonte: © df028 / Shuttertosck

Foi só na segunda metade do século XX que estudiosos europeus, dado o grande número de usuários de heroína revelados pelas estatísticas, começaram a estudar seriamente a possibilidade de, em vez de suspender integralmente o uso da droga, procurar uma estratégia que permitissem um uso menos nocivo da substância ou a sua substituição.

Paralelamente ao aumento do consumo de drogas ilícitas no mundo, teve início no final dos anos de 1970 a epidemia de HIV, cujo auge foi no início dos anos de 1980 – na verdade, desde esta época os índices de contamina-

ção variam pouco, e sempre para mais, ou seja, são gradativamente crescentes. O que realmente aconteceu foi a descoberta do sistema de transmissão do vírus.

A partir de processos de entrevistas e delimitação de grupos de contágio, cientistas europeus e americanos conseguiram descobrir que o HIV era transmitido a partir da troca de fluídos corporais e das mucosas, ou seja, através de transfusões sanguíneas, drogas injetáveis e das relações hétero ou homoafetiva.

Como na época os principais grupos de contágio por meio da prática sexual estavam ligados à comunidade homossexual, grande trabalhos preventivos foram realizados com esse grupo. Resultados excelentes foram atingidos e, apesar de esse grupo ainda ser um elemento importante na transmissão do HIV, as relações heterossexuais passaram a ser, também, um grupo importante de contágio e, portanto, foco dos trabalhos preventivos.

Os grupos ligados às questões sexuais têm (e tiveram, na época) grande adesão aos projetos de prevenção de transmissão do HIV. Mas, usuários de drogas, principalmente de cocaína e heroína injetáveis, eram (e continuam sendo) refratários a programas preventivos – não porque não tenham a intenção de prevenir, mas porque durante o uso, o controle e a substituição de agulhas e seringas é praticamente impossível, dado o estado de consciência.

Além disso, nos anos de 1970 e 1980 os usuários de heroína costumavam ter *kits* de uso não descartáveis, que barateavam o uso e tornavam mais prático o transporte da "parafernália" e da própria droga.

Para esse público, as estratégias de redução de danos caíram como uma luva. Iniciativas surgiram na Europa e na América; mais especificamente, políticas públicas abriram espaço para que surgissem iniciativas nos Países Baixos e no Reino Unido, permitindo que agentes de saúde abordassem usuários sem que precisassem agir judicialmente sobre eles.

Na Austrália, nessa mesma época, as primeiras estratégias de redução de danos substituíam seringas e agulhas para os usuários. A comunidade conservadora, de início, percebeu a iniciativa como uma facilitação e até como um incentivo ao uso de drogas injetáveis. Mas, os resultados na diminuição de casos de HIV, ao longo do tempo, permitiu uma avaliação positiva das estratégias.

Na Suíça houve em algumas cidades (Genebra, Berna e Zurich) a abertura de espaços públicos de consumo, aonde era possível fazer uso da droga sem a abordagem da polícia. Nessas praças concentravam-se os usuários que, em outras áreas da cidade, eram fortemente policiados. Assim, com grande concentração de usuários em uma única região, os agentes de saúde podiam abordar com mais facilidade e precisão a população usuária. Além disso, os serviços de saúde focavam elementos específicos para o atendimento desse público, na região. Também a distribuição de seringas ficava mais assertiva.

Essa iniciativa foi finalizada em meados dos anos de 1980. O principal motivo foi a percepção de que a maior parte dos usuários não eram suíços, mas sim usuários que vinham de outro países a fim de, ali, poder usar heroína e cocaína em "paz".

Uma curiosidade particular: eu pude conversar agora em 2014, com um agente de saúde comunitária que, hoje aposentado, trabalhou e coordenou a abordagem de rua em Berna (Suíça) ao longo do desenvolvimento desse projeto. Seu relato é emocionante, de uma forma bastante negativa, mas emocionante, trata-se de. Pessoas gradativamente desaparecendo por traz da droga até sua morte, da noite para o dia; agressões; crianças nascendo nas ruas, em vez de hospitais (pois as mães, dependentes químicas em abstinência de drogas, fugiam dos hospitais em trabalho de parto); e gestantes usando drogas sem conseguir interromper o uso.

Por fim, esses projetos foram suspensos por um plebiscito, e o número de usuários de drogas injetáveis na Suíça caiu drasticamente – e, segundo relatos, hoje, as abordagens dos agentes de saúde continuam nas praças e novos domicílios.

Na década de 1990, em Florença (Itália), teve início um projeto importante de redução de danos. Nele, a abordagem era feita no sentido de trocar as seringas e também induzir a substituição de heroína por metadona. Florença não foi a primeira cidade a promover tal abordagem, mas foi a primeira a promover uma iniciativa que incluísse essa estratégia como política pública de saúde.

A metadona, assim como a heroína, é um derivado do ópio que causa forte dependência. Seus efeitos são similares ao da heroína, porém um pouco mais suaves e, o mais importante, ao invés de ser fumada ou injetada, é ingerido por via oral. Além disso, é fabricado pela indústria farmacêutica,

tendo, aí, duas vantagens a mais: o controle de qualidade sobre a substância e a exclusão da figura do traficante.

Seguiram o modelo florentino cidades como Washington, Toronto, Paris e Roterdã, sendo que o modelo usado em Washington, através da universidade do mesmo estado, transcendeu a questão das drogas injetáveis e, a partir de excelentes estudos, foi aplicado a outras drogas, tanto na substituição da droga ilícita por uma regulamentada menos deletéria quanto no desenvolvimento de estratégias de consumo de álcool que provoquem menos danos ao usuário crônico quanto o casual.

Nesses termos, temos que a Associação Internacional de Redução de Danos define essa estratégia de tratamento como um conjunto de políticas e práticas cujo objetivo é reduzir os danos associados ao uso de drogas psicoativas em pessoas que não podem ou não querem parar de usar drogas.

9.1 Projetos no Brasil

No Brasil, o foco principal de abordagem são os usuários de cocaína injetável. A heroína nunca foi uma droga de largo consumo por aqui, tendo o seu uso muito restrito a cidades portuárias, como Santos e Itajaí. Nessas cidades, programas de redução de danos tiveram sucesso na diminuição da transmissão do HIV. Em São Paulo, na década de 1980, o forte era a cocaína injetável, induzindo, então, o mesmo tipo de programa.

No Brasil, a redução de danos é uma política pública, prevista em lei e, o foco dessa Estratégia Pública de Saúde não se assenta exclusivamente sobre os Programas de Redução de Danos e as ações de trocas de seringas, mas também na constituição de ações de redução de danos que **transversalizam** os serviços da rede assistencial do SUS, - em especial, os serviços de saúde mental (como os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS) e os serviços de atenção primária à saúde (como a Estratégia Saúde da Família), como descrito no próprio manual lançado pelo governo.

A-Z

Transversalizam
Criação de ações transversais, que passam horizontalmente entre diversas áreas diferentes na prestação de serviço em saúde.

Como existe essa ligação direta dos programas de redução de danos à rede pública, ela carrega então os mesmos preceitos vistos nas aulas de 3 a 6 desse livro didático, ou seja:

- Participatividade;
- Foco nas questões socioeconômicas;

- Atuação direta dos agentes comunitários;
- Foco na infância de risco;
- Integração com a comunidade (prevenção, mapeamento e manutenção da rede de apoio).

9.2 Realidade e a prática

Mas, como estamos no Brasil, essa política tem lá as suas políticas, então o que vemos é um choque entre a realidade e os projetos públicos. Algumas diferenças entre as aplicabilidades atuais precisam ser levadas em conta, até porque, na prática, não há amparo legal para as substituições de nossas principais drogas ilícitas epidêmicas (crack e Cannabis) por outras drogas de abuso regulamentadas.

Vejamos então o quadro comparativo:

Quadro 9.1: Comparativo de programas.

Comparativo de programas	
Europa e EUA	Brasil
Opióides x Metadona	Trocas de seringas
Troca de seringas	Afastamento do tráfico
Estratégias de uso assertivo de álcool	Abordagem para infância
Planejamento de redução do consumo de tabaco	Ações urbanas focadas no consumo de crack
Programação de orientação ao uso de *cannabis*	Abordagem aos moradores de rua
	SIPAT

Fonte: elaborada pelo autor.

Resumo

Nessa aula aprendemos que a redução de danos não é uma ferramenta nova. Vimos o seu processo de desenvolvimento no final dos anos 80 e, sua posição atual frente aos programas de saúde no Brasil. Pudemos aprender, também, sobre as dificuldades e os preconceitos que esse modelo, tão eficiente, ainda sofre.

Atividade de aprendizagem



- A redução de danos é polêmica e depende de trâmites legais para ser realmente efetiva. Qual é a sua opinião sobre as ações descritas a seguir que têm sido praticadas ilegalmente por alguns profissionais para tentar melhorar a vida de seus pacientes?

- Substituir o crack por ibogaína ou santo daíme;
- Substituir o crack por cabral (*cannabis* e crack) ou por *cannabis*;
- Substituir crack, álcool e *cannabis* por medicação psiquiátrica controlada.

Aula 10 – Psicofarmacologia

A psicofarmacologia é o estudo das medicações que atuam sobre a psique. Seus efeitos ajudam, complementam e estabilizam o funcionamento psíquico, permitindo assim a atenção e o acompanhamento terapêutico de pacientes que, sem essas medicações, não conseguiriam conviver num espaço social coletivo. Vamos saber mais?

Para entendermos a psicofarmacologia, a primeira coisa que precisamos entender é o conceito de droga. Droga é toda substância que, quando ingerida, produz alterações sobre o organismo. Essas alterações podem ser positivas (gerar a cura de uma doença) ou negativas (adoecer e até matar o organismo). Por esse critério, remédios de todas as naturezas, chás e até produtos químicos diversos que, quando ingeridos, alteram o funcionamento do organismo são drogas em potencial.

Mas, nem toda droga atua sobre o Sistema Nervoso Central - SNC. Remédios anti-inflamatórios têm ações diversas sobre o organismo em processo inflamatório, mas não agem sobre o SNC. Contudo, substâncias como o paracetamol são drogas que atuam sobre o SNC, diminuindo a percepção da dor.

Apesar de esse tipo de substância atuar sobre o SNC, ela não apresenta efeitos psicoativos, ou seja, ela não atua sobre a psique humana. O crack, por exemplo, é considerado uma droga, pois tem efeitos sobre o organismo, atua sobre o SNC e produz alterações sobre a psique – além disso, possui alto potencial de abuso. Quanto mais a pessoa usa, mais o organismo se adapta à presença da substância, e mais a pessoa precisa consumi-la para obter os efeitos desejados.

O mesmo vale para medicações como os benzodiazepínicos. Usados normalmente como calmantes ou soníferos, eles têm alto potencial de abuso e dependência, e atuam sobre a psique e o SNC. No entanto, quando prescritos e usados de maneira adequada, trazem excelentes resultados no tratamento de transtornos de ansiedade e, principalmente, para o apoio a situações de crises emocionais agudas ou surtos psicóticos.

Já as medicações antidepressivas são substâncias que atuam sobre a psique, sobre o SNC, mas não apresentam potencial de abuso e dependência, além de ter baixíssimo nível de toxicidade – especialmente os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRS).

Essas medicações precisam de prescrição médica, mesmo com baixa toxicidade, pois para que tenham os efeitos desejados precisam ser usadas de acordo com a orientação médica.

Observe a figura 10.1 para compreender o posicionamento das drogas em relação aos psicofármacos.

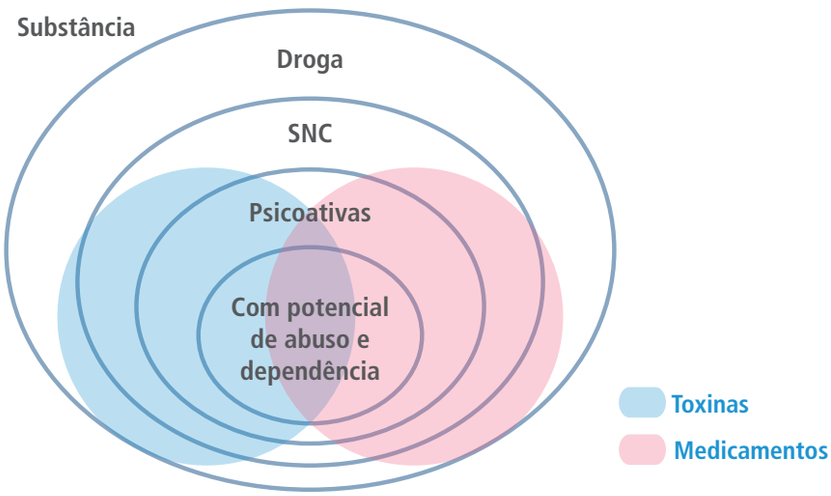


Figura 10.1: Drogas X Psicofármacos.
Fonte: Elaborada pelo autor

As medicações psicofarmacológicas se encontram no entroncamento entre as drogas psicoativas, classificadas como medicamentos. Algumas delas têm alto potencial de abuso, e outras não. Se elas vão ser tóxicas ao organismo ou não, vai depender do uso feito delas, e para tal, dependem de regulação e prescrição do médico que orienta o tratamento. Caso haja fuga da prescrição médica, o rico de se tornarem toxinas aumenta.

A dosagem e a reação peculiar de cada organismo também podem fazer com que essas substâncias, mesmo as de baixíssimo poder tóxico, acabem por trazer algum perigo à saúde.

10.1 Noções básicas de psicofarmacologia

Categorizamos os medicamentos usados para tratamento psiquiátrico de acordo com a sintomatologia que está sendo tratada. Por exemplo, depressão, ansiedade, alucinações, delírios, agitação motora, etc. Vejamos, então, as principais classes de medicações usadas em saúde mental, de acordo com esta divisão: antidepressivos e estabilizadores de humor, ansiolíticos e antipsicóticos.

Os antidepressivos e estabilizadores de humor são, em geral, usados para o tratamento de transtornos de humor (depressão, transtorno bipolar, transtorno distímico, etc.). Eles atuam sobre os sintomas associados aos transtornos desse grupo, mas podem ser usados para o tratamento desses sintomas quando aparecem em outros grupos de transtornos. Assim, é preciso que fique bem claro que eles atuam sobre a sintomatologia.

Podemos dividir os antidepressivos em duas classes: os **tricíclicos** e os inibidores seletivos da receptação de serotonina - **INSRS**. Os tricíclicos são antidepressivos antigos, surgidos no fim dos anos de 1940 e início dos anos de 1950, e promoveram forte revolução no tratamento de sintomas depressivos, tais como desânimo, apatia, angústia e perda de apetite – sintomas esses que se manifestavam em pacientes com transtorno depressivo, mas, também, em pacientes com sintomas psicóticos negativos.

Acabaram por cair gradativamente em desuso, com o surgimento do ISRS, mas ainda são usados por seus efeitos em outras áreas clínicas. Tinham efeitos colaterais intensos, mas de baixo risco e, por conta do desconforto que causavam, tinham baixa adesão ao tratamento.

Os ISRS fora a uma revolução nos anos de 1980. Sua altíssima eficácia no tratamento de sintomas depressivos, e seu baixíssimo índice de efeitos colaterais, associado ao quase inexistente nível de toxicidade, fizeram com que um número enorme de substâncias com esse formato de atuação sobre o SNC surgisse ao longo dos anos de 1980 e 1990. Ainda hoje, novas substâncias dessa classe continuam sendo lançadas.

Eles atuam, como o nome diz, inibindo seletivamente a receptação do neurotransmissor, que é a base do controle do bem-estar basal, a serotonina. Com isso, entre 15 e 20 dias, os sintomas depressivos mais intensos diminuem. Por seu excelente resultado, eles são, hoje em dia, prescritos para uma variedade imensa de problemas, que vão desde o cansaço até os quadros psicóticos – com sucesso, na maior parte das vezes.

Os estabilizadores do humor são, em geral, usados para manter o humor em uma média estável, por isso são largamente prescritos para transtorno bipolar. Os mais comuns são derivados de lítio ou carbonato de lítio. Funcionam com razoável sucesso quando há forte adesão do paciente ao tratamento, mas, como em geral seus efeitos colaterais são fortes e a toxicidade é relativamente alta, acabam tendo baixa adesão ao tratamento.

Tabela 10.1: Antidepressivos e estabilizadores de humor

Tricíclicos	De segunda geração	Estabilizadores de humor
Imipramina	Fluoxetina e SERS's	Lítio
Desipramina	Inibidor da receptação de serotonina e adrenalina (venlafaxina)	Carbonato de lítio
Amitripitilina	Maprotilina, bloqueadores parciais da receptação da serotonina	Valproato de sódio e ácido valpróico
	SERS de tipo 2	

Fonte: Vade Mecum (2013)

Outra classe de medicações para saúde mental muito usada é a classe dos ansiolíticos. Normalmente são benzodiazepínicos ou derivados de benzodiazepina. São remédios com receituário controlado, ou seja, têm um olhar especial da ANVISA sobre ele. Isso acontece por que a ação dessas substâncias é depressora do SNC, isto é, elas desligam o SNC gradativamente até a morte, à medida que a dose aumenta.

Resumidamente, eles não diminuam a ansiedade em si, e sim toda a atividade neurológica, gerando calma no sistema. Como os efeitos aumentam com o aumento da dose, pois o organismo se acostuma rapidamente à dose da medicação (cerca de menos de 1 mês), isso cria um padrão de tolerância orgânica que naturalmente induz a pessoa ao aumento da dose e, com o passar de 3 meses de uso, um potencial para o desenvolvimento de dependência.

Tabela 10.2: Relação de medicamentos ansiolíticos.

Nome comercial	Substância
Olcadil	Cloxazolam
Rivotril e RivotrilSL	Clonazepam
Lorax	Lorazepan
Frontal e Frontal SL	Alprazolam
Rohypnol	Flunitrazepam
Patz	Zolpidem (apenas hipnótico)

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Os antipsicóticos são substâncias capazes de atuar sobre os sintomas de psicose, ou seja, que diminuem a euforia, as alucinações e os delírios. Outros transtornos podem, ocasionalmente, apresentar esses sintomas e, nesses casos, não se deve ter preconceito com a medicação, caso elas seja prescrita.

Os antipsicóticos existem desde a década de 1950, mas até o início dos anos de 1990 careciam de especial cuidado na sua prescrição – apesar do relativo sucesso no tratamento dos sintomas. Esse tipo de medicação apresenta efeitos colaterais de curto prazo, então gerava grande adesão ao tratamento – e também porque aumentavam as chances de desospitalização

O mais famoso antipsicótico é o Haldol (haloperidol) que, em sua forma injetável ou em comprimidos, suprime, em 48 horas, quase todos os sintomas psicóticos. O haloperidol tem efeitos colaterais de curto e longo prazos importantes, mas frente ao risco de vida do paciente psicótico, acaba sendo uma saída viável e funcional no tratamento.

Os antipsicóticos modernos, surgidos a partir da década de 1990, têm muito menos efeitos colaterais e são usados largamente para tratamento de transtornos diversos que apresentem quadros de delírios, euforia ou até mesmo ansiedade. Medicações como a quitiapina têm baixos efeitos colaterais de curto e longo prazos e não causam dependência química, mas, como nem tudo são flores, são tratamentos extremamente caros.

Na tabela 10.3 apresentamos os antipsicóticos mais usados na rede pública de saúde. Eles têm ação rápida, baixo custo e efeitos colaterais significativos, apesar da eficiência

Tabela 10.3: Principais medicamentos antipsicóticos.

Ação	Efeito
Risperidona	Reduz o estoque de dopamina, impedindo a sua entrada no citoplasma.
Haloperidol	Antagonista dos receptores de Dopamina, causando despolarização dos neurônios.
Clorpromazina	Imita a formação molecular da Dopamina.

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

A tabela 10.4 apresenta os antipsicóticos antigos e modernos, separados pela natureza da substância. A quitiapina tem sido recomendada como tra-

tamento de longo prazo para usuários de crack, pois atua diminuindo a euforia e os pensamentos obsessivos que desencadeiam a fissura.

Tabela 10.4: Antipsicóticos classificados por sua natureza de ação.

Fenotiazinas	Butirofenonas	Outros
Prometazina	Haloperidol (Haldol)	Risperidona
Clorpromazina		Clozapina
Tioridazina (Meleril)		Olanzapina
Flufenazina		Quitiapina

Fonte: Vade Mecum (2013)

10.2 Psicofarmacologia no apoio à dependência química

Quando atuamos no tratamento de dependência química, aprendemos que não existe remédio para ela. Isso é verdade, mas não quer dizer que ao longo do processo de recuperação não possamos atuar com medicações para o apoio psicológico que agirão sobre os sintomas da dependência química.

A seguir apresentamos o tratamento dividido em duas fases, levando em conta seus principais sintomas e os tratamentos farmacológicos que podem ser indicados para tratar esses sintomas.

- Fase 1 – Abstinência (0 a 90 dias)

Sintomas de abstinência:

- Insônia
- Irritação
- Tremores
- Sudorese
- Convulsões
- Formação de ideias suicidas
- Etc

Medicações:

- Antipsicóticos
- Benzodiazepíniocos

Na **fase 1**, temos sintomas ligados à síndrome de abstinência que, se não tratados, dificultam muito o abandono dos padrões de consumo. A síndrome de abstinência também pode induzir convulsões e a morte. Nesse caso, medicações com ação rápida, calmante e que diminuam a agressividade e a ansiedade podem ter efeitos de grande valia nos primeiros 90 dias de tratamento.

- Fase 2 – Manutenção (90 dias a 02 anos)

Apoio à estabilidade da reaprendizagem:

Estabilidade do humor;

- Diminuição dos pensamentos obsessivos (em geral)
- Diminuição dos comportamentos compulsivos
- Insônias
- Medos
- Concentração
- Crises de pânico
- Etc

Na fase 2, o risco de vida é baixo e o paciente precisa, em geral, de apoio ao processo de reaprendizagem da vida. Um processo lento e difícil: aprende a viver sem a substância química com a qual ele estava acostumado a se relacionar com o mundo.

Resumo

Nessa aula aprendemos um pouco sobre a psicofarmacologia, seus principais compostos e suas formas de ação sobre o SNC e a psique humana. Vimos como a psicofarmacologia pode ajudar no processo de recuperação de dependentes químicos mesmo sem ofertar uma cura direta para o problema.

Atividade de aprendizagem



- Converse com os pacientes com quem você tem contato. Caso não tenha acesso a pacientes dependentes químicos, converse com os familiares deles. Liste as medicações para tratamento de saúde mental que essas pessoas usam e procure, através da medicaçã descobrir quais sintomas estão sendo tratados.



Aula 11 – Interações medicamentosas

Nesta aula veremos como funciona a interação medicamentos e, principalmente, a interação entre os medicamentos psiquiátricos, bem como os perigos de interação com as drogas de abuso.

Vimos na aula anterior as principais drogas utilizadas nos grupos de transtornos mentais mais comuns; vimos inclusive como essas substâncias podem ser usadas para ajudar no tratamento da dependência química, aliviando sintomas e fortalecendo o paciente ao longo do seu tratamento. Também vimos que esses medicamentos são usados frequentemente, e por uma larga fatia da população.

Mas, essas substâncias, apesar de algumas terem baixo risco de toxicidade, quando misturadas com outras substâncias que agem sobre o SNC podem ter efeitos perigosos para o organismo, em curto e médio prazos. O relacionamento que essas substâncias estabelecerão dentro do organismo é o que consideramos como interação medicamentosa. Claro que substâncias não psicoativas também encontram canais ou têm possibilidades de interação, alterando, potencializando ou anulando seus efeitos.

Portanto, a interação medicamentosa precisa ser observada com atenção, pois ela não precisa necessariamente ser entre duas substâncias com efeitos sobre o mesmo sistema do organismo. Além das substâncias psicoativas, uma larga quantidade de medicamentos, chás e elementos químicos agem sobre o SNC. Chás como a camomila e o capim limão têm suave efeito sedativo; os metais pesados podem causar alucinações quando intoxicam o organismo; e analgésicos, digestivos, antigripais e antialérgicos têm efeito sobre o SNC.

Podemos classificar as interações medicamentosas, basicamente, em dois grupos: as interações convergentes e as antagônicas (ou opostas). As interações convergentes são aquelas em que duas substâncias agem da mesma forma sobre o mesmo sistema, potencializando ou complementando seus efeitos. Os opositores agem de forma oposta sobre o mesmo sistema.

Um exemplo simples de convergência é o chá de camomila e o antigripal. O chá de camomila tem diversas ações sobre o organismo, ajudando o aparelho digestivo, tem ação anti-inflamatória e, também, tem suave ação depressora sobre o SNC. Os antigripais, por sua vez, agem sobre o sistema parassimpático, realizando a descongestão nasal, a diminuição das reações alérgicas nas vias aéreas superiores e, também, uma ação depressora média sobre o SNC.



Figura 11.1: Camomila
Fonte: © daffodilred / Shutterstock

Ambas as substâncias provocam sonolência, relaxamento muscular e diminuição da atividade mental. Quando ingerimos as duas substâncias (atitude comum na automedicação, antes de deitarmos para dormir), criamos uma interação de medicamentos que garantirá uma noite de sono profundo, pois as duas substâncias convergirão para intensificar o sono. Nesse caso, como as duas medicações têm efeito de sonolência suave, não há risco de vida, se não houver abuso significativo na quantidade de cada substância. Mas, caso fosse possível ingerir cerca de 10 litros de chá de camomila e dezenas de antigripais juntos, essa interação, ao invés de garantir uma boa noite de sono, geraria problemas.

Um bom exemplo de interação medicamentosa antagônica é a relação entre os antidepressivos da classe dos ISRS e o uso de bebidas alcoólicas. Comumente, pacientes com quadro de transtorno depressivo, assim como outras pessoas, fazem uso moderado ou esporádico de álcool. Mas, sendo o álcool uma droga depressora do SNC e da atividade mental, ele antagoniza com os ISRS, inibindo o efeito da medicação antidepressiva. Como não é hábito dos psiquiatras ou médicos prescritores de receitas de ISRS controlar a in-

gestão de antidepressivos de seus pacientes, o resultado é trocar o uso da substância quando os pacientes se queixam que, após um ou dois meses de tratamento, a medicação não surtiu efeito.



Figura 11.2: Álcool e Drogas
Fonte: © Dona Cuic / Shutterstock

Alguns medicamentos psiquiátricos têm importante interação com substâncias de abuso. Como no exemplo anterior, do álcool interagindo com o antidepressivo como um antagonista, ele pode ter outras interações poderosas. Muitas vezes, pacientes que procuram tratamento de alcoolismo acabam sendo tratados com algum benzodiazepínico para auxilia-lo no início de seu processo de afastamento da bebida.

Como os benzodiazepínicos funcionam no SNC com alguma similaridade com o álcool, acabam por diminuir os efeitos da abstinência e do desconforto das primeiras semanas de abstinência. Mas, com a dependência química não é apenas uma questão química, mas também de comportamento, muitas vezes o paciente medicado com benzodiazepínicos (depressores poderosos do SNC) acabam fazendo ingestão rotineira de bebidas alcoólicas -realmente uma interação convergente de risco, pois as duas substâncias são poderosos depressores da atividade mental e do SNC, com ações nos mesmos canais dopaminérgicos. Mesmo em doses pequenas de benzodiazepínicos e de álcool, os efeitos podem ser desde apagamento até o coma e a morte.

Outro caso que ilustra bem a interação entre medicamentos e substâncias de abuso é a relação entre drogas estimulantes da atividade mental, como o crack e a cocaína, e medicações depressoras do SNC. Usualmente, usuários de cocaína e de crack rebatem seus efeitos estimulante que, com álcool, podem gerar até paranoia. Um antagonizando os efeitos do outro. Mas,

quando da prescrição de benzodiazepínicos, seus efeitos, por conta da forma como são industrializados e consumidos, são mais fáceis de controlar, fazendo uma interação antagonista mais produtiva para a manutenção do uso da cocaína.

Nesse caso, vemos a importância de conhecermos os canais neurológicos de atuação e a forma de ação que as medicações de nossos pacientes têm sobre seus organismos, como também o das substâncias das quais são dependentes. Nem sempre, médicos, sejam eles psiquiatras ou clínicos de outras especialidades, se atentam para a possibilidade de seus pacientes serem dependentes químicos ou usuários de álcool, criando uma gama de riscos para a vida dos pacientes e de seus familiares.

São comuns, na prática clínica, as histórias de pacientes mal orientados no uso de benzodiazepínicos. Essas medicações são largamente receitadas para o tratamento da ansiedade ou de períodos de luto e crise. Mas, dificilmente, os pacientes são orientados a não consumir bebidas alcoólicas. Isso gera problemas peculiares, pois pacientes com quadros de ansiedade tendem a fazer maior uso da automedicação, e acabam consumindo bebidas alcoólicas em momentos de confraternização – e, na hora de dormir, tomam o comprimido de benzodiazepínico, ampliando os efeitos depressores em níveis arriscados para a manutenção da vida.

Resumo

Nessa aula vimos um complemento importante à aula 10, vimos como os efeitos das substâncias psicoativas podem se sobrepor, convergindo seus efeitos, ou agir antagonicamente, anulando seus efeitos. Observamos como as ações das medicações psiquiátricas podem ser usadas de forma errada para reforçar o consumo de substâncias ilícitas.



Atividade de aprendizagem

- Na aula anterior você fez uma pesquisa com pacientes e/ou familiares sobre as medicações psicoativas consumidas por eles. Procure analisar essas listas de remédios e descobrir quais os mecanismos de ação de cada uma. Pesquise na internet as bulas desses remédios e veja como eles interagem com o álcool e com o crack.

Aula 12 – Dependência de medicamentos lícitos e ilícitos

Nesta aula veremos a relação entre o lícito e o ilícito na dependência química de medicamentos. Veremos ainda a relação entre a indicação do medicamento, sua posologia e, quando do mau uso, a passagem do lícito para o ilícito no consumo da substância.

Vimos nas aulas anteriores à relação entre alguns elementos importantes para entendermos a ligação contemporânea do homem com as drogas. Vimos a sua classificação quanto à legalidade, a classificação frente aos efeitos, e, mais importante, vimos o conceito de droga a partir do efeito e do uso que se faz de cada substância.

Também pudemos aprender que determinados medicamentos, regulamentados, quando usados de forma inadequada, tornam-se ilícitos e podem trazer problemas bastante severos à saúde, seja na forma de intoxicações, que pode levar à morte, ou no desenvolvimento de dependência química da medicação. Aprendemos também algumas interações convergentes e antagônicas que podem acontecer entre medicações ou entre medicações e drogas de abuso.

Esses elementos constituem fatores importantes na forma como os pacientes interagem com a medicação. Eles representam critérios que determinam o bom ou mau uso da substância, descaracterizando uma culpabilidade antecipada da substância. O bom uso de medicações como a benzodiazepínica reduzirá a ansiedade do paciente, permitindo um ganho significativo na qualidade de sua vida. Já o mau uso dessa substância poderá acarretar em uma dependência severa e até, no uso abusivo, na morte da pessoa.

Se lembrarmos do gráfico usado em aulas anteriores, veremos claramente que uma medicação, psicoativa ou não, de acordo com seu uso, pode se transformar em uma substância tóxica, passando, assim, do uso regulamentado para o uso ilícito da substância, pois a forma como ela é utilizada perverte a intenção da prescrição que a tornou apta para ser comprada.



Figura 12.1: Nome da figura.
Fonte: elaborada pelo autor (2014)

Nesse caso, como vemos na tabela 12.1, a substância, antes regular, tendo alterada a natureza de seu consumo (de medicação para droga de abuso), muda de coluna em nossa tabela de drogas lícitas e ilícitas.

Tabela 12.1: Comparativo entre substâncias regulamentadas e ilícitas

Regulamentadas	Ilícitas
Ansiolíticos	Anfetaminas (inibidores de apetites)
Hipnóticos	Hormônios
Insulina	Anabolizantes
Analgésicos	Diuréticos
Anestésicos	Ansiolíticos
Formulados para emagrecer	
Hormônios	

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Nas próximas aulas teremos importantes discussões sobre as questões éticas relacionadas ao uso de medicamentos, mas, nesta aula, é preciso ter em mente um importante fator: a relação entre o tempo, a quantidade de substância ingerida, os efeitos e a intensidade desses efeitos, pois esses elementos constituem ferramentas condutoras do processo de desenvolvimento da dependência química – principalmente quando pensamos em medicações de uso contínuo, ou prescritas como tal.

Para entendermos essa relação entre tempo, efeito das substâncias e dependência química, precisamos entender o conceito de "potencial de abuso". O potencia de abuso refere-se à ligação da quantidade de substância e à

potencialização de seus efeitos. A *cannabis*, por exemplo, é uma substância com médio potencial de abuso, pois quanto mais se ingere a droga, mais efeitos vão ser sentidos ou mais intensos são esses efeitos. No entanto (uma característica peculiar desta droga), a *cannabis* gera sonolência, logo, chega um momento no grau de intoxicação que o usuário não consegue mais ingerir a substância, em virtude dessa consequência dos seus efeitos. O usuário chega, então, a uma "dose de equilíbrio" e, ali, de acordo com o sofrimento da abstinência (no caso de uma dependência química), fará uso constante da droga.

Antidepressivo ISRS são consideradas substâncias com baixíssimo potencial de abuso, pois seus efeitos desejados variam muito pouco com o aumento da dose; já seus efeitos colaterais aumentam significativamente com o aumento da dose. Então, dificilmente alguém fará abuso de antidepressivos ISRS, pois, com o aumento da dose, intensificam-se os desconfortos, e não os prazeres.

Analisando os ansiolíticos benzodiazepínicos e drogas como a cocaína (crack), vemos uma relação diferente, são drogas cujo acréscimo na dosagem induz aumento significativo em seus efeitos desejados. Quanto mais pedras de crack o indivíduo fuma, mais intensos são seus efeitos; e quanto mais ansiolíticos o indivíduo consome, maiores são os efeitos. Mas, vale lembrar aumentando a dose de consumo da droga, aumentam também seus efeitos colaterais. Assim, essas drogas têm alto potencial de abuso e, nesse caso, causa altíssimo risco de morte.

Substâncias como álcool, tabaco, cocaína e heroína têm alto potencial de abuso, portanto exige menor relação de tempo e consumo menos constante para gerar dependência em seus usuários.

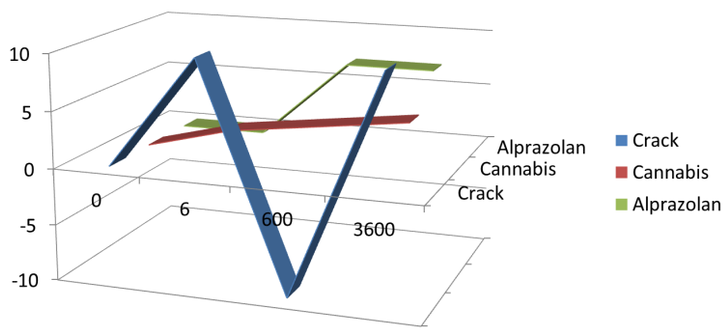


Figura 12.2: Ciclo de efeito das substâncias – potencial de abuso
Fonte: elaborada pelo autor

A **figura 12.2** mostra graficamente o comparativo entre Alprazolam (benzodiazepínico regulamentado), crack e *cannabis*. Perceba pelo a variabilidade de ação de curto prazo entre o estado de neutralidade e o de efeito máximo, no caso do crack, é rapidíssimo, cerca de 6 segundo (por conta de sua via de ingestão). No caso do Alprazolam, ingerido oralmente, e com doses controladas, o efeito máximo demora mais tempo para chegar, dura mais tempo, mas não é um gráfico liso. No caso da *cannabis*, o efeito é crescente e gradativo, e a intensidade aumenta aos poucos.

Quando, por outro lado, analisamos o descenso do gráfico, vemos que o crack, assim com teve um aumento explosivo no efeito, tem uma suspensão brutal e negativa (no caso da cocaína, gerando estados depressivos). Esse fim fugaz dos efeitos gera no usuário a vontade de novo uso.

No caso do Alprazolam, por sua forma de apresentação e por sua fabricação industrial e controlada, ele é programado para que seus efeitos sejam suspensos aos poucos. Mas, devido à rápida adaptação do organismo a sua presença, com o passar dos dias de uso o corpo desenvolve tolerância, obrigando o indivíduo a aumentar a dose para alcançar os mesmos efeitos.

Esse efeito de tolerância aumenta ainda mais o risco do desenvolvimento da dependência, pois acaba por exigir do indivíduo, doses cada vez maiores para alcançar os efeitos desejados. Isso é fruto de adaptações do fígado à presença da substância. Ele fica mais hábil em decompor os elementos químicos, livrando o corpo da intoxicação com mais agilidade.

Outro efeito importante dessa exposição é a adaptação neurológica sofrida pelos neurônios. Essa adaptação recebe o nome de neuroplasticidade, que é a criação de processos especializados nos neurônios para dar conta da presença da substância. A neuroplasticidade é uma das responsáveis pelo sofrimento no momento em que o indivíduo entra em abstinência.

Tendo em vista esses elementos, podemos calcular o risco de desenvolvimento da dependência química. Claro que essa equação é apenas ilustrativa, pois o potencial de abuso, o tempo de consumo e os outros fatores não são exatamente numéricos ou quantitativos, mais sim subjetivos.

Resumo

Nessa aula vimos como drogas regulamentadas podem levar a dependência. Para isso levamos em conta seus efeitos, não apenas os efeitos psicoativos, como em outras aulas, mas sim, em relação à velocidade e intensidade dos efeitos. Essa relação de velocidade e intensidade, de acordo com a dose, forma o potencial de abuso e dependência da substância. Vimos também, a adaptação neurológica ou neuroplasticidade.

Atividades de aprendizagem



- Levando em conta o que foi visto nessa aula e nas aulas anteriores, crie uma tabela para sua própria referência. Leve em conta três critérios: risco, potencial de abuso, prazer.

Assim, liste, em ordem de 1 a 20, vinte substâncias de acordo com o cálculo da soma dos três fatores. Considere estes valores:

Alto risco = 5 Médio risco = 3 Baixo risco = 1

Alto potencial de abuso = 5 Médio potencial de abuso = 3 Baixo potencial de abuso = 1

Alto prazer = 5 Médio prazer = 3 Baixo prazer = 1

Substância	Risco	Potencial de abuso	Prazer	Total
Cocaína	4	5	4	13
Alprazolam	5	4	3	12
Cannabis	2	2	3	7



Aula 13 – Legislação x Consumo

Nesta aula temos como meta analisar o conteúdo da legislação, suas mudanças e como essas mudanças afetaram ou afetam a política antidrogas e o consumo das mesmas no Brasil.

No ano de 2006, foi editada a Lei n. 11.343. Essa lei relata a constituição do Sistema Nacional de Políticas Antidrogas (SISNAD), que tem a intensão de padronizar os critérios nacionais que definem o que é droga, e o mais importante, qual é o papel de cada órgão público frente ao problema. Ou seja, até onde o problema é dos sistemas policial, judiciário, social e de saúde.



Leia na íntegra o conteúdo da lei n. 11.343 acessando <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/l11343.htm>.

> Para fins desta Lei, consideram-se como drogas as **substâncias** ou os produtos capazes de causar **dependência**, assim especificados em lei ou relacionados em listas atualizadas periodicamente pelo Poder Executivo da União. (BRASIL, Lei n. 11.343/06, artigo 1º, § único).

Essa definição uniformiza a visão entre os diversos órgãos envolvidos, permitindo a criação de diretrizes unificadas frente aos diversos pontos de ação que interligam as estruturas: fiscais, policiais, judiciais, sociais e de saúde.

No seu 2º artigo, a lei versa sobre a regulamentação em relação ao plantio, à colheita, industrialização, ao comércio e consumo. Essa regulamentação veta qualquer tipo de ação que envolva drogas psicotrópicas que não estejam ligadas a rituais religiosos que componham a estrutura da cultural nacional. Portanto, permite o plantio, a colheita, o tratamento e consumo das plantas que dão base aos rituais indígenas ou ligados à União Vegetal (ayahuasca).

Esse artigo define a convenção de Viena de 1971 como norteadora das substâncias consideradas psicotrópicas que têm, pela Organização Mundial de Saúde, seu uso vetado ou sob observação púbica. Entram nessa lista medicamentos como ansiolíticos, emagrecedores, anfetaminas e drogas ilícitas (todas bem conhecidas do público em geral).

Nesse artigo da lei que compõe o SISNAD encontramos um artigo que, de um ponto de vista técnico, para quem trabalha com abordagem ao público, é interessante de observarmos. Gostaria de convidá-los, mesmo na distância que a apostila nos impõe, a pensarmos sobre os reiterados discursos sobre a liberação da *cannabis.* Evento que, mesmo promulgado pelos usuários, como se vê no artigo 34, nunca aconteceu:

> Art. 34. **Fabricar, adquirir, utilizar, transportar, oferecer, vender, distribuir, entregar** a qualquer título, **possuir, guardar ou fornecer,** ainda que gratuitamente, maquinário, aparelho, instrumento ou qualquer objeto destinado à fabricação, preparação, produção ou transformação de drogas, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar. (BRASIL, Lei n. 11.343/06, artigo 34).

Os grifos são do próprio site da Casa Civil, de onde o texto foi retirado na íntegra. Portanto, com ou sem os grifos, fica claro que o consumo, o porte e o fornecimento dessas substâncias, incluindo-se a cannabis, ficam vetados. Então, a partir desse artigo, começamos a definir a criminalidade dentro da questão da dependência química. Quando há a infração da lei para qualquer uma das etapas do processo, que vai do plantio ao uso, o problema é comum às estruturas de saúde pública e de policiamento.

Mas, sempre é preciso ter em vista a criminalidade do consumo de drogas ilícitas, tanto no que diz respeito ao anonimato do paciente quanto na possibilidade de respostas judiciais aos seus atos. No caso de drogas psicotrópicas regulamentadas, como álcool, ansiolíticos e tabaco, a regulamentação de seu uso (não dirigir sob efeito de álcool, não consumir tabaco em lugares públicos, no caso de Curitiba) precisam ser visto como atos criminais, já que assim o são.

Claro, como digo desde a primeira aula desse livro, vivemos no Brasil, o país dos grandes regulamentos e dos grandes descumprimentos. Mas isso não nos autoriza ao desrespeito da lei, até porque trabalharemos sempre nessa linha tênue entre as questões sociais, de saúde e jurídicas.

Outro artigo norteador importante dessa mesma lei é o artigo 35, que diz: "Associarem-se duas ou mais pessoas para o fim de praticar, reiteradamente ou não, qualquer dos crimes previsto". Portanto, levando-se em conta, os artigos 34 e 35, podemos definir que amigos que trocam entre si drogas psicotrópicas vetadas, que se juntam para fazer coleta de dinheiro para com-

prar a droga ou consumi-la, estão desrespeitando dois artigos da lei!

Isso parece óbvio para quem vê esse mundo de fora, mas para quem está no dia a dia lidando todo o tempo com essa população acaba por perder de vista certos elementos importantes, que são norteadores de nossa conduta. Se o consumo de drogas não fosse regulamentado, dependentes químicos poderiam morrer consumindo suas substâncias. Mas existe a regulamentação que impede isso e orienta a abordagem e a recuperação de dependentes químicos.

O artigo 38 desta lei merece também nossa atenção, ele versa sobre a prescrição de drogas lícitas: "Art. 38. Prescrever ou ministrar, culposamente, drogas, sem que delas necessite o paciente, ou fazê-lo em doses excessivas ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar."

É importante, nesse artigo, entendermos a noção jurídica do termo "culposamente". Culposo e doloso são as duas formas pelas quais um crime pode ser cometido. O segundo, doloso, diz respeito à intencionalidade na realização do crime, ou seja, há intensão do dolo (do prejuízo da lei), então, o indivíduo age em sua consciência, com a sabedoria e a intensão de causar o prejuízo à lei ou a ou[illegible]mplo, na legislação de trânsito, causar a morte de outra pessoa, sob efeito de droga, é um crime doloso, então o sujeito reponde criminalmente como um assassino que planejou o assassinato.

Um crime culposo é aquele em que há culpa, mas não há necessariamente intensão do dolo. Portanto, há um suave abrandamento no ato criminoso frente as suas consequências, quando comparado com o crime doloso.

No caso do artigo 38, o que se diz é que mesmo que não haja a intensão do dolo, e seja, por exemplo, um favor feito a um amigo, um diagnóstico mal feito, um erro não intencional na dosagem, ainda assim há a constituição de um crime, há uma violação da lei. Perceba também que o artigo não menciona necessariamente medicamentos psicotrópicos, mas sim medicamentos de forma mais abrangentes, incluindo aí todos os medicamentos farmacêuticos regulamentados por lei.

Bom, cabe aqui uma discussão importante, se não há mudanças legislativas importantes que tratem do consumo ou atenuem a criminalidade em relação

ao porte ou ao consumo: o poder judiciário, frente à impotência de manter sob sua guarda uma quantidade gigante de usuários que acabam detidos como fruto de sua dependência química, acaba por atenuar penalidades criminais de acordo com a quantidade de drogas apreendida.

Outro elemento importante nessa discussão é o papel policial, o policiamento ostensivo, responsável pelo combate ao porte, tráfico e consumo de drogas na rua, que acaba, por conta também da impotência frente ao problema, tendo um olhar atenuado sobre o consumo de algumas drogas em alguns lugares públicos.

Bom, esses dois órgãos são ligados ao Estado, ao poder público. Podemos dizer então que apesar de não haver uma mudança legislativa importante, o poder público tem realmente, através de seus órgãos executivos, feito "vista grossa" ao consumo de drogas lícitas ou ilícitas.

Resumo

Nessa aula vimos à legalidade. Vimos literalmente a lei em seus artigos mais importantes no que tange a nossa relação com a saúde mental e o comportamento social do adicto. Vimos através dos artigos que não há liberação da *cannabis* e nem de outras drogas ilícitas. Vimos que o comportamento facilitador, acobertador e, mesmo, a prescrição inadequada são crimes.



Atividade de aprendizagem

- Procure em revistas, jornais, programas de TV e documentários alguma matéria que, apesar de alardear uma discussão sobre a questão legislativa, faz na verdade apologia ao consumo de drogas (normalmente a *cannabis*). Em seguida, crie uma pequena nota de repúdio ao documentário usando como fonte bibliográfica a Lei n. 11.343/06. Não é preciso enviar o documento para a revista ou editora, apenas exercite conhecer, consultar e escrever sobre a lei, preparando-se, assim, para palestras e eventos públicos.

Aula 14 – Medicalização da vida

Nesta aula usaremos a discussão das aulas anteriores para analisarmos as grandes mudanças na relação do ser humano com a noção de mal-estar e a medicalização da vida. Para isso, observaremos a linha do tempo da relação do homem com a medicina a partir do século XX.

Viemos observando desde a primeira aula desse livro a relação do ser humano com a loucura (sua antítese), com as drogas, com a saúde e, nas últimas aulas, com as medicações que se encontram na exata encruzilhada desses elementos.

Vimos como a legislação rege a saúde e regulamenta drogas e medicamentos, agora veremos como o mercado farmacêutico se apropriou da relação desses elementos para explorar um prolífico nicho de mercado.

Podemos começar com um momento importante no processo de medicalização da vida cotidiana. Ele acontece durante a segunda guerra mundial. Até meados dos anos 40 do século XX, medicamentos eram formulados por boticas, farmacêuticos de bairro, de pequenas mercearias, que, por todo o mundo, pesavam as substâncias em suas balanças e, artesanalmente, produziam os remédios mediante encomenda do cliente.

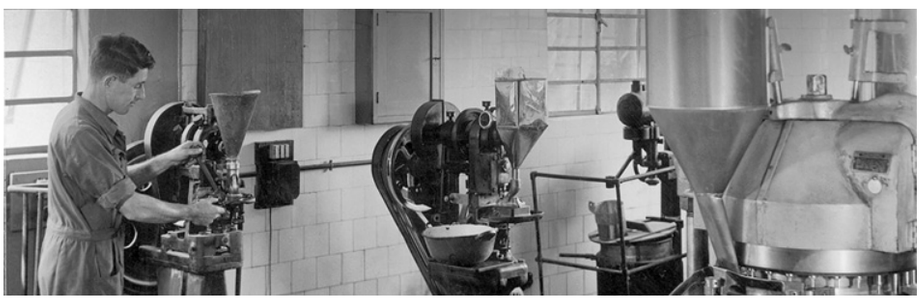


Figura 14.1: Laboratório farmacêutico da Segunda Guerra Mundial
Fonte: http://www.tevabrasil.com.br

Com a Segunda Guerra Mundial foi necessário industrializar esses processos para que se pudesse cobrir a demanda de feridos e doentes em escala global. Esse processo de transformação da produção quase artesanal em uma indústria forte e de alta tecnologia, após o fim da guerra, deixou em aberto uma linha de produção enorme, que precisava ser mantida a todo custo.

Então, uma mudança começou a acontecer, as prescrições que eram feitas pelos médicos e boticas, com dosagens e tratamentos manipulados individualmente, para cada uma de seus clientes, de acordo com suas necessidades, passou a ser feita de forma pré-prescrita, ou seja, o farmacêutico passou a intermediar a relação entre a receita prescrita pelo médico e a dosagem vendida pelos laboratórios.

14.1 Anos 1950

A partir de 1950, o mercado farmacêutico deixou de adaptar o remédio ao paciente e passou a adaptar a doença do paciente à dosagem pré-estabelecida. Assim, a indústria podia continuar produzindo sua linha de montagem de remédios, facilitando o trabalho dos médicos, pois os laboratórios passaram a apresentar as novas soluções sem que o médico precisasse pensar sobre a realidade do paciente.

O fim do comércio artesanal de remédios financiou grandes avanços em tratamentos médicos e barateou o custo das medicações mais populares (antitérmicos e analgésicos). A nova forma de apresentação dessas medicações permitiu que fossem vendidas em gondolas, e a figura do boticário, intermediário da venda, desapareceu.

Até aí, boa parte do mundo contemporâneo estava apenas em formação, ainda era possível ficar triste, alegre, eufórico e ter mal estar e bem-estar; ainda era possível guardar luto, ter medo, sede e fome; inclusive, era possível ter agitação motora involuntária das pernas.

14.2 Anos 1960

Os grandes laboratórios americanos tomam o mercado mundial, alterando a política e a cultura de saúde em quase todos os países do mundo; começando pela Europa, no fim da Segunda Guerra, e se espalhando pelos quatro cantos do mundo.

Em meados dos anos 1960 acontece uma revolução na indústria farmacêutica: a precisão molecular. Aplicando essa descoberta ao processo de industrialização, compostos que precisavam ser extraídos de plantas, minerais e animais puderam ser replicados com muita eficácia e segurança na indústria, acelerando também as pesquisas, as linhas de produção, a qualidade e a segurança das dosagens.

Ainda, novas drogas puderam ser manipuladas, dando início, assim, ao surgimento de grandes corporações ligadas ao tratamento de problemas de saúde mental. Novos sais, compostos moleculares com ações antes inimagináveis, puderam ser manufaturados e industrializados. Dos anos 1950 e 1960 vêm os primeiros antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos, como o haloperidol.

Definitivamente, nos anos 1960, os seres humanos passaram a se adaptar às medicações. Antibióticos, analgésicos, antigripais e ansiolíticos, principalmente nos Estados Unidos, eram vendidos sem grandes controles do governo, necessitando, muitas vezes, de apenas um documento de identidade.

Com o surgimento dos antidepressivos e antipsicóticos (esses, derivados de anti-histamínicos), foi possível catalogar as emoções, os comportamentos e sentimentos alterados pelos mesmos, sugerindo então um possível controle das emoções e dos estados de espírito através da regulação química farmacêutica.

14.3 Anos 1970 e 1980

Nesta época, no Brasil, estávamos sob o Regime Militar – período em que talvez tenha havido em nosso país o maior avanço em saúde pública (mantendo todas as ressalvas que o golpe militar merece). Os militares espalharam os programas sanitários e médicos por todo o território nacional, quase que erradicaram a febre amarela e a dengue.

O governo cria, também, um laboratório farmacêutico estatal, o CEME (Central de Medicamentos), responsável por fabricar e distribuir medicamentos para a população. Com isso, ao longo do Regime Militar, a saúde era pública, e seu tratamento também.

Com a abertura do mercado para as importações, a partir do final da década de 1980, proliferaram os grandes laboratórios, que antes do Regime tinham, aqui, filiais que não puderam crescer como cresceram em outros países. O principal motivo foi o fechamento da CEME.

No início dos anos 1990, para obedecer às legislações nacionais de saúde, que visam a pública distribuição de tratamentos, o governo, que havia fechado a CEME, passou a ser o maior comprador de medicamentos dos laboratórios internacionais.

Durante os anos 1980, nos Estados Unidos, uma droga chamada PROZAC (fluoxetina), um antidepressivo da classe dos ISRS, passou a ser considerado um sucesso pelo mercado e por seus pacientes. Chegou, em alguns momentos, a ser considerada a droga da felicidade. De uso contínuo (de uso diário e por longos prazos), a substância foi a precursora de novas drogas para saúde mental.

14.4 Anos 1990

No mundo inteiro, mas especialmente nos Estados Unidos, houve na década de 1990 uma explosão no uso de medicamentos de uso contínuo, seja para tratamento de diabetes, depressão, psicoses, dor e etc. Laboratórios do mundo todo começaram a foca na produção comercial de medicações para uma vida toda (ou, pelo menos, para meses de tratamento).

Nesse período, a indústria farmacêutica começa a encontrar fins secundários para seus remédios. Por exemplo, antidepressivos podiam ser usados para diminuir dor nevrálgica; e remédios para pressão sanguínea, usados para controlar o humor. Sempre em busca de novos nichos de mercado, laboratórios farmacêuticos aproveitam os efeitos diversos de medicamentos e aplicam aos pacientes em busca de adesão a tratamentos de doenças que, até poucos anos antes, mal eram considerados como problemas.

14.5 Anos 2000

Nos anos 2000, muitos avanços na área farmacêutica são redundantes. Assim, novas taxonomias em saúde mental abrem as portas para novos transtornos mentais, gerando assim mercados maiores para os medicamentos pré-existentes. Surgem tratamentos para doenças mentais, como a "síndrome das pernas inquietas", por exemplo, (aquela agitação que sentimos nas pernas quando ficamos muito parados ou quando estamos ansiosos).

A indústria e o mercado farmacêutico avançam, criando nichos para medicações que não eram usadas, pois não eram eficazes em seus fins primários:

- **Tamiflu** – antirretroviral de baixa eficácia: usado no tratamento de gripe H1N1;
- **Sibutramina** – antidepressivo de baixa eficácia: usado para emagrecer;
- **Ziban** – antidepressivo de baixa eficácia; usado para cessar o tabagismo.



Você sabia? Síndrome das pernas inquietas, ou síndrome de Ekbom, é um distúrbio que se caracteriza por alterações da sensibilidade e agitação motora involuntária dos membros inferiores, mas que pode acometer também os braços nos casos mais graves. Em geral, os sintomas são mais intensos à noite e o paciente dorme mal ou quase não dorme. Como consequência, passa o dia sonolento, cansado, indisposto e irritado. Saiba mais acessando: <http://drauziovarella.com.br/envelhecimento/sindrome-das-pernas-inquietas/>.

14.6 Anos 2010

Cria-se um novo regime exclusivo e doentificação da vida e das emoções, abrindo-se as portas para os novos mercados consumidores de remédios de uso contínuo. Problemas que até então faziam parte do ciclo da vida, passam a serem tratados medicamentosamente:

- Depressão pós-parto;
- Depressão pós-luto;
- Distratibilidade;
- Cansaço;
- Estresse;
- Irritação.

Resumo

Nessa aula vimos com, ao longo do processo de mudança no desenvolvimento industrial dos laboratórios farmacêuticos, a visão do consumo e venda de medicações também foi alterado, de acordo com o interesse dessa indústria. Vimos também como esse processo, a partir dos anos 80 e 90 se apropriaram da saúde mental, designando tratamentos que variavam entre a saúde mental e medicalização da vida cotidiana.

Atividade de aprendizagem



- Ao longo da apostila fizemos diversas reflexões sobre drogas, medicações, seus usos, consumos e costumes. Elabore uma pequena tabela em que você consiga visualizar os problemas tratados pelos remédios, o custo desses remédios e se eles são de uso contínuo ou não. Após construída a tabela (você pode usar como referência as tabelas e listas de aulas

anteriores), avalie a movimentação financeira do mercado farmacêutico. Perceba o porquê de ele ser o segundo maior mercado lícito do mundo, perdendo apenas para o de armamentos.

Transtorno mental/ doença	Medicação	Custo do tratamento ao mês	Contínuo Sim/Não	Custo do tratamento ao ano

Aula 15 – Cansaço e tristeza X Transtornos de humor

Nesta aula nosso objetivo é entendermos como a medicalização cotidiana estreitou as possibilidades emocionais dos seres humanos. Para isso, investigaremos o diagnóstico de depressão e o conceito de tristeza, aprendendo a diferenciar os dois.

Como visto nas aulas anteriores, para facilitar o processo de diferenciação dentro dos transtornos mentais e, principalmente, para facilitar a detecção de indivíduo em sofrimento, grandes grupos de transtornos mentais foram sendo organizados taxonomicamente – estimulados pelo comércio farmacêutico e pela melhora nos conceitos diagnósticos.

Para a prática profissional cotidiana, o diagnóstico em saúde mental é um exercício da profissão do médico e do psicólogo. Mas, a noção de diagnóstico e do significado intrínseco por trás de cada elemento taxonômico é importante para toda a equipe multidisciplinar.

Além disso, é muito importante a capacidade de o profissional situar-se claramente frente ao uso de medicamentos psicotrópicos, visto que ele lida com um público de difícil adesão ao tratamento e, principalmente, com tendências à adicção (ao vício). Ou seja, é preciso ter visão crítica (não necessariamente negativa) sobre o uso de medicações psiquiátricas por seus pacientes.

Para essa análise sobre a medicamentalização da vida cotidiana, vamos partir de uma dicotomia importantíssima no tempo contemporâneo: a diferença entre transtornos do humor e tristeza.



Figura 15.1: Transtornos do humor
Fonte: © anna_elsewhere / Shutterstock

15.1 Critérios diagnósticos

Cada grupo de transtornos mentais é organizado taxonomicamente por seus sintomas ou manifestações observáveis ou mensuráveis. Além disso, toda a relação de sintomas em saúde mental precisa, necessariamente, ter uma condição de duração no tempo e uma intensidade de sofrimento. Assim, temos uma classificação que permite um diagnóstico que é, ao mesmo tempo, horizontal no tempo e espaço, e vertical na intensidade e quantidade de sintomas.

Além disso, os sintomas ausentes e presentes formam ainda um grupo de diagnósticos que podem ser similares entre si, mas que, por alguns critérios, se diferenciam, formando assim os diagnósticos diferenciais.

Isso acontece também em outros diagnósticos em saúde. A gripe, por exemplo, tem uma lista de sintomas ou manifestações físicas, um tempo de duração e um grau de intensidade. Esses três elementos permitem o seu fácil reconhecimento. Porém, existe uma série de doenças cujos sintomas e manifestações são similares ou iguais aos da gripe, diferenciando-se apenas em alguns pequenos critérios, tais como: dengue, resfriado, pneumonia, rinite etc.

Quadro 15.1: Noções de psicopatologia.

Transtornos mentais	Gripe
- Critérios diagnósticos:	**- Critérios diagnósticos:**
Sintomas	Febre
Tempo	Dores no corpo
Intensidade	Sensação de fadiga
Comorbidade	Coriza
Diagnóstico diferencial	Tosse
	Dor de cabeça
	Diagnóstico diferencial: pneumonia leve, resfriado grave, dengue, Gripe H1N1

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

Assim, catalogando esses sintomas, suas intensidades e o tempo de duração, conseguimos organizar os transtornos mentais em grupos específicos de acordo com a natureza das manifestações sintomáticas.

Dos diversos grupos de transtornos, os mais importantes para nós (para efeitos desse estudo) são os ligados ao uso de substância: os transtornos psicóticos, os transtornos de humor, os transtornos da ansiedade e alguns transtornos da personalidade.

O principal transtorno do humor é o transtorno depressivo maior, ou depressão. Nesse grupo encontramos ainda o transtorno bipolar e o transtorno distímico. Ambos têm importante relação com a dependência química, como veremos a seguir.

15.1 Depressão

A depressão ou transtorno depressivo maior é o transtorno mental mais comum e, segundo a Organização Mundial de Saúde, atinge cerca de 20 a 25% da população mundial, atualmente.



Aprofunde seus conhecimentos e leia o relatório mundial da saúde, disponível em: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf Além de discussões importantes acerca da prevenção e das mudanças necessárias em nosso estilo de vida, para que haja maior qualidade de vida.

Esses dados nos remetem também ao número de pessoas que consomem medicações antidepressivas – a OMS acredita que 350 milhões de pessoas no mundo estejam em algum tipo de tratamento para depressão. Esses números também são derivados de uma melhora nos critérios usados para diagnosticar a depressão.

Os sintomas de depressão estão ligados a variações em alguns elementos do estado mental e da prática da vida, tais como diminuição acentuada do prazer em quase todas as atividades, desânimo, alterações do sono e do apetite, cansaço e ideações suicidas. Esses sintomas se manifestam durante a maior parte do dia, e pela maior parte dos dias ao longo de duas semanas. Então, vemos que não é um simples cansaço, nem uma simples tristeza, mas um estado de diminuição ou alteração geral na vitalidade e no ânimo.

O transtorno bipolar é caracterizado pela oscilação cíclica de períodos de depressão (que duram no mínimo 4 meses) com períodos de euforia (que duram no mínimo 2 meses).

Já o transtorno distímico é um estado depressivo menos intenso que a depressão, porém é constante e de longa duração, caracterizando-se como uma curva negativa e suave no ânimo – em geral, com duração de anos.

Enquanto a depressão e o transtorno distímico são facilmente associados a quadros de alcoolismo, como comorbidades ou efeito do próprio consumo abusivo de álcool, o transtorno bipolar é comumente associado ao consumo de cocaína e outras drogas euforizantes.

Como podemos ver, os critérios diagnósticos diferenciam facilmente tristeza e estados emocionais negativos de transtornos de humor. Na verdade, a tristeza nem precisa estar presente para que seja diagnosticada depressão ou

outro transtorno de humor. Mas, quando nos sentimos tristes, como uma reação direta da emoção, ficamos frágeis, ressabiados, chorosos ou até desanimados. Mas, sozinho, nem o desânimo é considerado depressão.

Comparando os dois a partir da taxonomia diagnóstica, temos o seguinte:

Quadro 15.2: Diferenças sintomáticas entre depressão e tristeza.

Confusão	
Depressão	**Tristeza**
- Sentimento primordial da depressão é a culpa;	- Resposta orgânica à percepção de frustração ou perda:
- Ausência de ânimo;	- lágrimas ou choro;
- Medo quase constante;	- fragilidade;
- Auto crítica exacerbada;	- corpo pesado;
- Sensação de impotência;	- diminuição da espontaneidade e retração.
- Alterações do sono e do apetite;	- Reação é espontânea e prazerosa após o fim do choro.
- Reação é difícil ou impossível.	

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

A taxonomia diagnóstica da tristeza não existe, mas é fácil detectarmos os sinais ou as características que compõem a tristeza. Ela é, obviamente, um processo passageiro, por mais duradouro que seja. Nessa comparação percebemos, por outro lado, que a depressão caracteriza-se claramente como uma estagnação dentro de um padrão disfuncional da vivência da vida.

Assim, observando externamente os dois processos, podemos inferir que eles até se parecerem entre si, mas dificilmente podem ser confundidos se avaliados com o mínimo de critério. Nesse sentido, observe o tratamento mais comum e funcional oferecido a ambos.

Quadro 15.3: Depressão X Tristeza – tratamento.

Tratamentos	
Depressão	**Tristeza**
Avaliação de psiquiatria:	Um bom abraço apertado e companheiro;
- Escolha da melhor estratégia farmacológica de tratamento.	Respeito e acolhimento;
Avaliação e psicoterapia com psicólogo ou grupos de mútua ajuda;	Lenços;
Caminhadas ao ar livre e longas conversas.	Carinho;
	Orar;

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

Mas, quando esse olhar diagnóstico tem como função a medicalização a qualquer custo, seja por expectativa do paciente ou por exercício duvidoso da profissão, podemos ainda assim atingir a tristeza com o uso de medicamentos para depressão.

Medicalização

Ação dos antidepressivos:

- Diminuição da intensidade emocional;

- Diminuição da ansiedade;

- Aumento da resistência ao cansaço;

- Aumento da tolerância emocional;

- Melhora do ânimo.

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Resumo

Nessa aula vimos como a psicopatologia possibilita a clara distinção entre problemas cotidianos e o diagnóstico em saúde mental. Essa distinção é feita por critérios diagnósticos que envolvem sintomas, duração, intensidade, comorbidade e diagnósticos diferenciais. Vimos também o comparativo entre os transtornos de humos e a tristeza e, ainda, como os transtornos de humor se relacionam com a dependência química.

Atividades de aprendizagem



- Ao longo do tratamento de dependência química, muitas vezes, o paciente incorre em períodos de depressão ou tristeza. Como saber quando tratar o paciente com o apoio emocional e quando é o momento de intervir com medicação?



Aula 16 – Preocupações e medo X Transtornos de ansiedade

Nessa aula daremos continuidade no processo de distinguir os problemas cotidianos em relação aos problemas patológicos. Veremos, então, a relação entre a preocupação e o medo e os transtornos de ansiedade, fazendo assim um comparativo entre a ansiedade como comportamento natural e a ansiedade como um transtorno.

Quando pensamos no grupo dos transtornos de ansiedade, pensamos em transtornos absolutamente comuns. Veja bem, quando pensamos em Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), fobias e até mesmo transtornos do pânico falamos do adoecimento de reações naturais, orgânicas, que no nosso dia a dia servem para nos defender dos perigos diários.

No cotidiano (sem o adoecimento), características típicas do TOC não passam de manias, manias que em geral todos temos. Mas, quando perdemos a capacidade de controlar as manias e passamos a ser controlados por elas, somos invadidos por nossos rituais, manias e medos.

Ansiedade é um reflexo natural de sobrevivência. Ele é orgânico e corresponde a respostas reflexas do sistema de fuga e luta, gerenciado por estruturas do sistema límbico, córtex e tronco cerebral. Portanto, répteis, mamíferos, aves e peixes também sofrem de ansiedade, sempre como uma resposta a uma ameaça.

Normalmente, quando vamos passar por situações difíceis, extraordinárias ou mesmo cotidianas, realizamos uma preparação interna para enfrentá-las, deixando a musculatura tensa, o pensamento acelerado, o coração e a respiração em prontidão, podendo ou não ser acompanhada de angústia. Mas, nesse caso, temos clareza do enfrentamento desse inimigo que é a situação difícil.

Quando a ansiedade se torna patológica, formando o TAG, há um descolamento suave da realidade e, independentemente da existência real da ameaça, a ansiedade é disparada de forma intensa e constante, fazendo com que, sem motivos aparentes, a pessoa se encontre ansiosa. Claro que no decorrer de conversas e análises descobre-se que a ansiedade deixa de ser disparada por eventos externos e passa, no desenvolvimento da TAG, a ser disparada por pensamentos condicionados e automáticos que geram a aflição no indivíduo.

Esse padrão de pensamento disfuncional pode ser desenvolvido por um longo período de rotinas de sofrimentos e preocupações, mas, com o passar dos dias, o corpo deveria voltar aos padrões funcionais com o fim desses períodos. No entanto, isso acaba não acorrendo, em alguns indivíduos, mantendo assim o padrão patológico de resposta ansiosa.

Há, então, uma cristalização do nível de ansiedade basal, derivada do hábito anterior. Claro que esse padrão pode também ter condicionais genéticas que vão interferir nos processos neurológicos do indivíduo, mas em geral os quadros de transtornos de ansiedade, mais do que outros grupos de transtornos, têm um fundo importante na forma de realização da vida.

Para entendermos claramente a escala de medo, observe a **tabela 16.1** a seguir:

Tabela 16.1: Processo evolutivo do medo.

Estados emocionais do medo	Escala de medo
Segurança	0
Insegurança	1
Ansiedade	2
Medo	3
Pânico	4
Horror	5

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Durante a vida, frequentemente transitamos entre o estado de segurança e o de ansiedade. Por exemplo, caminhamos sossegadamente, em segurança pela calçada, e quando vamos atravessar a rua nos deparamos com pequenos riscos calculados que temos que enfrentar. A noção desses riscos gera um aumento na ansiedade. Esse aumento tem a finalidade nos deixar mais

alerta para atravessar a rua. Caso a travessia seja ameaçada por um veículo que não havia sido avistado, esse estado de alerta avança na escala, podendo chegar a um estado de pânico ou horror.

Quando ocorre a cristalização em um estado diferente da segurança, as reações naturais deixam deter início em estado zero para ter início em posições mais avançadas de reação. Sendo assim, o estado basal fica alterado e as reações importantes frente aos problemas também ficam alteradas, como se estivessem excessivamente respondentes.

Comparemos a sintomatologia do TAG com uma possível sintomatologia do medo como vivência cotidiana:

Quadro 16.1: TAG X Medo – sintomatologia.

Confusão	
Ansiedade	**Medo**
• Nos transtornos de ansiedade não há folga na sensação de medo;	• O medo é uma resposta transitória ao ambiente;
• Rituais, pensamentos, conversas esvaziam o estado ansioso, mas não desenvolvem o estado basal de equilíbrio;	• Prepara o corpo para fugir ou lutar;
• Não há transitoriedade.	• Aguça os sentidos, a perspicácia e a força muscular;
	• Após a passagem do medo, grandes taxas de endorfina inundam o corpo gerando prazer.

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

Perceba que ambos são similares, diferentemente da depressão e da tristeza, que são dissociadas. Nesse caso não há ansiedade se não houver medo. Mas do que isso, a depressão não é a patologia da tristeza, enquanto todos os transtornos da ansiedade são patologia derivadas do adoecimento da capacidade de fazer do medo algo transitório.

Nesse sentido, podemos comparar um possível tratamento de ambos:

Quadro 16.2: TAG X Medo – tratamento.

Tratamentos	
Ansiedade	**Medo**
Avaliação do psiquiatra:	Grito?
Escolha da melhor estratégia farmacológica de tratamento.	Lutar?
Avaliação e psicoterapia com psicólogo, treinos assertivos;	Celebrar?
Práticas de lutas, musculação, corrida.	

Fonte: elaborada pelo autor (2014).

No caso do tratamento de TAG, o percurso é claro, é preciso ajuda externa para tentar mudar o estado cristalizado. Mas, no caso do medo, qual seria o melhor tratamento? Talvez, se estivéssemos em um ambiente natural ou em um parque de diversões no momento de disparo do medo, gritaríamos; em seguida lutaríamos, enfrentando esse medo e, por fim, celebraríamos a sua superação.

Resumo

Nessa aula demos continuidade ao processo de comparação entre as situações problema do cotidiano de nossos sentimentos e a psicopatologia. Diferenciamos os transtornos da ansiedade, ansiedade e medo cotidiano, entendendo, para isso, a noção de cristalização.



Atividade de aprendizagem

- Em que situações do processo de recuperação de DQ o medo é bem vindo, e em que momentos mais comumente ele se transforma em um ponto de risco de recaída?

Aula 17 – Mundo contemporâneo

Nesta aula discutiremos as mudanças no mundo contemporâneo do ponto de vista da sociologia e da filosofia. Mais especificamente, criaremos elementos de delimitação de conceitos sobre o mundo contemporâneo a partir de ciências um pouco diferentes da medicina e da legislação para podermos entender o mundo que nos cerca.

Vimos até agora elementos da medicina, da psicologia, da farmacologia e da legislação. Caminhamos ao longo dos 16 capítulos anteriores entre a evolução histórica da loucura, dos medicamentos e avaliamos a legislação e a psicologia dos transtornos mentais, sempre em busca de mostrar o quão multidisciplinar é o entendimento da dependência química e, principalmente, a natureza de seus recursos de tratamento.

Nessa aula veremos a visão de um sociólogo (Zygmunt Bauman) e de um filósofo (Michel Foucault) sobre o assunto. A intensão é usarmos esses dois intelectuais como base para mudanças importantes na legislação, do ponto de vista humano, sobre a vida e sobre o homem contemporâneo. Eles nos permitirão construir uma cortina de conhecimento onde projetaremos as próximas aulas. Para essa cortina, usaremos seus conceitos de sociedade, ética e ser humano. Assim, poderemos, através deles, perceber a forma como a vida humana se manifesta e as alternativas e vias de escape a nosso alcance, para uma possível ação ou intervenção social.

17.1 Bauman e a sociedade

Bauman é um sociólogo contemporâneo que, nas últimas quatro décadas, colaborou de forma indefectível para com a comunidade acadêmica. Visionário, ele apresenta com clareza um sistema de interpretação da sociedade através de exemplos ou metáforas simples, mas que refletem ideias complexas. Seu exemplo clássico é a metáfora da "liquefação do homem". Nesse exemplo, Bauman fala de uma sociedade que, ao mesmo tempo em que escapa das mãos quanto mais é espremido, também toma facilmente a forma daquele recipiente que o envolve e o aprisiona.

Aprofunde seus conhecimentos e leia a antrevista: "Vivemos o fim do futuro" com Zygmunt Bauman. Acesso: <http://epoca.globo.com/ideias/noticia/2014/02/bzygmunt-baumanb-vivemos-o-fim-do-futuro.html>.

Bauman diz que o que convencionamos chamar de sociedade é um grande aparto, um grande aparelho, que surge, se desenvolve e serve apenas para ser isso, fazer-se sociedade. E que, mesmo anteriormente, o nome sociedade poderia, sem nenhuma ironia, ser "concordância" e "compartilhamento". Concordância e compartilhamento de normas, costumes, leis e, principalmente, abnegações.



Figura 17.1: Zygmunt Bauman
Fonte: © Mariusz Kubik / Wikimedia Commons

Para esse processo de concordância e compartilhamento há uma ferramenta de garantia de que o que foi concordado seja cumprido e que haja compartilhamento dessa concordância. Essa ferramenta é o poder!

O poder sustenta a estrutura e dá garantias de que o que foi concordado seja executado e respeitado, sendo, assim, compartilhado por todos. Não igualmente, nem em direitos, bens ou prazeres, mas em concordâncias. Sem essas concordâncias e compartilhamentos não há sociedade.

Para esse processo de concordar e compartilhar, a sociedade se vale de sua habilidade de construir sentidos. Ela dimensiona, traz objetivos e determina roteiros para a vida, criando assim sentido para o processo de existir. Sentido, claro, determinado dentro de seus fins, e não fora dele. Objetivando o indivíduo a sua concordância, através de uma semeadura de significados bastante precoce, levando-o ao compartilhamento dessa rede de significados.

Isso não é exclusivo da nossa sociedade, mas de qualquer grupo social historicamente constituído. Esse processo de submissão do indivíduo é a garantia

da perpetuação da sociedade, de seus traços e laços. E, nesse caso, ser livre é muito menos a liberdade de não concordar com a sociedade, e muito maisa liberdade de aceitá-la. Então, a liberdade é converter-se individualmente à submissão da sociedade em vez de pensar e confrontá-la.

Para Bauman, ainda, a cultura é o processo de probabilização dos riscos. Tirando o homem da causalidade, a sociedade condiciona-o ao processo de sobreviver, valendo-se da cultura como ferramenta de doutrina de conhecimento que, antecipadamente aos eventos, permite sua dedução e mudança de direção frente à morte, recompensando essa fuga do risco como sucesso.

Bauman caracteriza esse momento contemporâneo de nossa sociedade como uma sociedade líquida, como o próprio homem que a compõe. Ou seja, é uma sociedade fugaz, sem forma clara e facilmente mutável. Bauman pontua ainda as velocidades da sociedade: velocidade da transposição geográfica da informação, a velocidade de atualização da cultura e, principalmente, a velocidade de mudança da operação da vida.

Outro fator que determina a visão de Bauman frente à sociedade é a diminuição das fronteiras. Os limites fronteiriços na sociedade ocidental são praticamente inexistentes, se comparados aos do século XIX, sendo assim, a circulação cultural, comercial, de interesses e de pessoas transcende com facilidade as fronteiras nacionais, com a mesma facilidade que essas fronteiras são invadidas.

A velocidade de informação, a diminuição das fronteiras e a liquefação social facilitam o processo globalizador da sociedade, visto por Bauman como um processo totalitário e irreversível contra as culturas locais. Impondo, por poder, sedução, desejo e consumo o mundo que, ao redor do indivíduo, o submete.

17.2 Foucault e o indivíduo

Foucault delimita o homem como reflexo de um aparato liberal que o determina como sujeito opressor e submissor. Nesse processo de papel duplo de submisso e opressor, ele constitui, se remete, a um processo de valoração de si, de função social e de sua vida (uma condição, à primeira vista, econômica, não no sentido financeiro, mas no sentido de avaliação numérica constante), em que pessoas, vidas, escolhas, tragédias e sucessos vão sendo colocados lado a lado em um jogo de comparações e valorações.

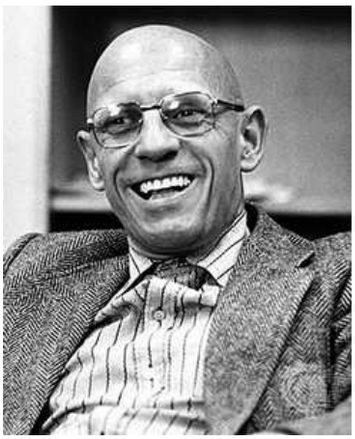


Figura 17.2: Michel Foucault
Fonte: © Exeter Centre / Wikimedia

Saiba mais sobre Michel Foucault em: <http://oglobo.globo.com/blogs/prosa/posts/2014/01/11/uma-entrevista-com-michel-foucault-520469.asp>.

Nessa espécie de balança de valores, esse *Homo Economicus* encontra na infância e nos processos de desenvolvimento humano elementos de investimento para agregar valor futuro: conhecimento, força muscular e destreza passam a ser poupanças para um futuro promissor.

Esse jogo de valoração também permite a competitividade mais acirrada e clara, pois os valores determinam, sem que haja um julgamento externo, homens melhores e piores. Também permite um processo transparente de mensuração do humano, criando linhas divisórias entre a normalidade e sua antítese.

Para Foucault é essa ética liberal que determina o homem e seus espaços de trânsito. Nesse caso, delimitado de forma estreita pelos limites impostos pelo sistema de capitalismo liberal. Mesmo que a ética varie, segundo sua visão, para cada espaço e para cada tempo, ainda assim nesse espaço e nesse tempo o homem que se constituirá será o homem de seu tempo, construído pela ética que o cerca.

17.2.1 Discussão

Levando-se em conta esse dois autores, poderíamos propor uma breve discussão sobre o contexto atual da infância, levando-se em conta o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). No ECA encontramos dois artigos importantes que definem a relação das crianças com seus estudos, a obrigatoriedade do mesmo e o papel da sociedade frente a eles.

Segundo o artigo 4º, "É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação

dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária".

Ou seja, a sociedade, como estrutura global e seus aparatos menores, tem o dever de garantir a infância como um investimento futuro. Já no artigo 54, encontramos o seguinte:

> "É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:
> I - ensino fundamental, obrigatório e gratuito, inclusive para os que a ele não tiveram acesso na idade própria;
> II - progressiva extensão da obrigatoriedade e gratuidade ao ensino médio;
> III - atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino."

Sendo assim, é passível de crime não colaborar com a sujeição da infância aos processos escolares. Mas aí semeio uma questão: será que o sistema de ensino, nos moldes que o encontramos hoje, é capaz de dar conta de todas as diversidades culturais, físicas, emocionais e religiosas que encontramos em nossa sociedade? Quais recursos são válidos nesse processo de sujeição à escolaridade? Drogas estimulantes? Medicações psicoativas?

Construímos um padrão vivencial no mundo que permite que toda amplitude de nossa vida se encaixe nele? A infância tem espaço nesse mundo que criamos? E a terceira idade?

Resumo

Nessa aula vimos como se encontra a sociedade contemporânea na visão do sociólogo Zygmunnt Bauman. Vimos que ela a considera uma sociedade líquida, veloz e, que por ser sociedade, faz de seus partícipes estruturas de concordância e compartilhamento, sujeitos a essas estruturas sociais. Vimos também a noção de *HOMO ECONOMICUS*, que Foucault apresenta como um homem que a tudo dá valor, pesando o mundo, a sim mesmo e aos outros em termos dessa valoração. Vimos como essa sociedade, para garantir a participação de todos, gera ferramentas de enquadramento para garantir o direito legal ao acesso social.

Atividade de aprendizagem

- Desenvolva uma pequena reflexão textual levando em conta a visão de sociedade trazida por Bauman e a visão de sujeito apresentada por Foucault. Observe em seu texto a **necessidade** da criação de uma lei que **garanta** a participação de todos na vida cotidiana.

Aula 18 – Grupos profissionais que abusam de drogas

Nesta aula vamos entender os grupos profissionais que fazem uso rotineiro de álcool e outras drogas. Vamos analisar variáveis facilitadoras, indutoras e até reforçadoras do uso. Veremos também o papel de cada substância frente aos grupos profissionais que a adotam culturalmente.

Estima-se, hoje, que 85% da população brasileira faça uso de bebida alcoólica. Então, disparadamente, em qualquer grupo profissional, cultural, meio social, religioso ou econômico, o álcool será a droga mais consumida. Seu papel culturalmente aceito de lubrificante social, seus reforçadores de marketing e, principalmente, seu papel de droga socialmente estimulante, fazem com que o álcool seja, entre todas as substâncias lícitas e ilícitas, a droga recreativa mais procurada pelo ser humano.

Mas, apesar dos imensos problemas sociais causados pelo mesmo, ainda assim há uma busca incessante por seu consumo. Mesmo com históricas proibições, como a Lei Seca nos EUA, nas décadas que antecederam a 2ª Guerra Mundial, o álcool era demandado pela sociedade vigente. Contrabandeado, criou cartéis, muito parecidos com os que temos hoje, ligados às drogas ilícitas. Sobre o problema social, o interesse do indivíduo mantém o consumo, mesmo frente a proibições.

Esse cálculo, indivíduo a indivíduo, sempre transcende o entendimento social acerca do ser humano, e frente a isso nos impõe um dilema: como, mesmo sabendo de todos os malefícios, mantemos o uso de drogas? Essa pergunta, que individualmente nos remete a conversas com cada um dos pacientes que encontraremos em nossa carreira, também reflete uma espécie de dependência química coletiva ou social.

Nesse caso, que serve para essa aula e para os próximos dois, a simples epidemiologia estatística nos fornece dados numéricos, mas não nos permite entender os fundamentos, as regras e os caminhos pelos quais a sociedade, em seus diversos espaços, induz, conduz ou estimula o consumo de drogas,

servindo, assim, a partir de grupos sociais representativos, de ambiente facilitador ou fermentador da dependência química.

Podemos, didaticamente, dividir a vida em espaços ou em tempos. Por exemplo, tempo de estudar (infância e juventude), tempo de trabalhar (vida adulta), tempo de relaxar (aposentadoria); local de trabalho (emprego), local de culto (igreja), local de aprender (escola), etc.

Dessa forma, organizamos também a distribuição de nossas vidas em cinco áreas básicas: trabalho, lazer, família, estudo e religião. Com essas cinco áreas é possível dar conta de quase todas as atividades de um ser humano brasileiro e adulto. Quando pensamos em um grupo profissional e sua relação com o uso de drogas, pensamos, em última instância, em como a vida profissional em grupo pode ser, por um lado, a porta de entrada para a dependência química e outros problemas relacionados, ou ainda em como o uso de drogas vai afetar o grupo profissional que se estuda.

Teoricamente, o uso de drogas, quando regulamentadas, deveria estar restrito a uma pequena fração da vida ligada ao lazer – nem mesmo a todo o lazer, já que temos infinitas possibilidades de lazer que não se encaixam com o uso de álcool. O que se observa é que, no caso dos jovens, a porta de entrada são, rotineiramente, as relações sociais na escola ligadas a uma postura de busca por lazer; e levadas para a vida adulta como uma importante (talvez, depois do sexo) referência de prazer.

Na vida adulta, a situação é um pouco mais complexa. As redes sociais são mais amplas e no ambiente de trabalho as relações sociais são aquelas que nos mantêm conectados com o mercado de trabalho, ou seja, precisam ser mantidas a (quase) todo custo. Essas relações, mesmo que não tão afetivas como as familiares, ocupam cerca de oito horas diárias de convivência. Essas oito horas permitem uma troca, uma permuta cultural nos pequenos grupos sociais, amparada por um forte sistema cultural da empresa, indústria ou mesmo, de modo geral, do ambiente de trabalho. Sendo assim, esse convívio tem um longo tempo de convivência, e esse tempo, torna as relações herméticas em relação ao restante da sociedade e, principalmente, formam grandes laços de cumplicidade negativa e positiva.

Podemos imaginar que boa parte dos profissionais (adultos) nesses ambientes, ao longo de suas vidas, teve algum tipo de encontro com o álcool e conhecem, portanto, seus efeitos, prazeres e dissabores. Vivenciaram, antes

da vida profissional, alguma relação com o álcool. Essa relação adulta vem, então, carregada com muito menos curiosidade e impetuosidade que o contato juvenil (escolar), mas, por outro lado, vem atrelada a valores como lealdade, compromisso e responsabilidade que, no ambiente de trabalho, não ficam restrito às horas de relação laborativa, estendendo-se para as horas posteriores e anteriores, invadindo, assim, a vida pessoal.

Mas, a responsabilidade e o compromisso, estendidos à vida pessoal, não são as únicas variáveis nesses ambientes. São inúmeras as variáveis ligadas ao ambiente de trabalho, mas algumas são mais importantes quanto à relação desses indivíduos com as substâncias de abuso.

Podemos dividir esse campo de entendimento em duas esferas: a primeira diz respeito ao indivíduo e seus elementos peculiares, componentes de sua identidade e personalidade; a segunda diz respeito a variáveis ligadas ao ambiente de trabalho, seus traços culturais, sistemas de gestão e de clima organizacional, mas também ao arcabouço cultural da sociedade em que vive. São essas variáveis as quais o adulto, em seu espaço profissional está sujeito e, de acordo com sua interação com cada uma delas, poderá ser mais ou menos influenciado por elas.

Quadro 18.1: Variáveis que influenciam a relação com as drogas.

Variáveis do ambiente	Variáveis do indivíduo
Culturais	Cultura
Comunidade	Religião
Cultura organizacional: - Salários - Laços hierárquicos - Ambientes sociais - Práticas organizacionais - Relacionamentos interpessoais	Motivação
Estrutura física organizacional	Conhecimento
	Estrutura de personalidade: - Crenças e valores - Atitudes
	Saúde

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

As relações sociais criam espaços culturais, ou, no caso do ambiente de trabalho, subculturais, que, dentro de suas tradições, rituais ou práticas, de alguma forma incluem elementos ligados ao consumo de substâncias. Muitas vezes, inclusive, subculturas positivas de integração social entre diretorias e funcionários, ou, no caso de microempresas, empreendedores que costu-

mam almoçar com os funcionários e, como gentileza, colocar o bom e velho álcool à mesa com o almoço.

A relação de bem-estar do indivíduo com o ambiente pode também ser um facilitador ou reforçador da conduta de uso de substâncias. Salários pequenos, prazo apertados, metas altas, exigem do trabalhador uma capacitação especial para dar conta dos seus processos de trabalho. Nem todos conseguem lidar com o estresse. Caso não haja essa habilidade, pode surgir dentro do próprio espaço de trabalho a indução ao consumo de substâncias que potencializem e melhorem a capacidade de trabalho do indivíduo, ajudando-o a dar conta ou melhorar seu rendimento profissional. Nem sempre com a face de um traficante, mas com a doce face de um bom médico que, sem o devido acompanhamento posterior, receita o uso de benzodiazepínicos ou de estimulantes.

Tendo como norte essas duas variáveis as mais comumente relatadas (convívio social e pressão), podemos elencar uma série de profissões que são grupos de risco para o abuso de drogas: médicos, advogados, jornalistas e motoristas são as mais conhecidas e mais comumente estudadas. Em geral, o consumo da substância aparece em duas formas de relação com o indivíduo, o uso medicamentoso e o uso social como elemento social. Formando, assim, uma espécie de ética profissional de uso.

Essa ética não é exatamente uma ética de certos e errados, mas sim como uma espécie de condição cultural ou subcultural daquele grupo social, ou seja, uma prática que constitui a identidade cultural daquele subgrupo frente à cultura social geral.

Quadro 18.2: Relação com as drogas no ambiente de trabalho - ética do consumo.

Uso medicamentoso	Uso recreativo
Visa potencializar uma fraqueza ou uma qualidade	Participação da comunidade profissional
Auxiliar frente às dificuldades	Recreação
Superar períodos de tempo e/ou espaço	Celebração
Alcançar objetivos	Confraternizações
Relacionamentos sociais formais	Ampliação das relações sociais

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

Lembrando aulas anteriores e buscando o sociólogo Zygmut Baumann com referência, podemos inferir que estar sujeito à sociedade permite sentir-se em comum identidade à mesma, traz a sensação de submissão como uma referência libertadora e apaziguadora.

Esse modelo teórico pode ser facilmente representado pela pessoa que, sem o hábito de consumo de álcool, aceita sair com a turma do trabalho e, frente a sua primeira bebedeira, recebe diversos tapinhas "reforçadores" nas costas, fazendo-o sentir-se aceito e parte do grupo social.

A diferença de postura no convívio social, é sempre vista como discordância ou como não aceitação do modelo social; é vista como crítica. Essa submissão é confortável para o sujeito que, comportando-se como o padrão, é aceito, mas também o é para a célula social que, sem o confrontador, pode manter-se com os mesmos padrões.

Resumo

Nessa aula vimos a questão das variáveis ambientais e das variáveis individuais aplicadas ao ambiente de trabalho. Vimos como o ambiente organizacional, mesclado com as possibilidades individuais, pode ser um facilitador para o desenvolvimento da dependência química.

Anotações



Aula 19 – Grupos culturais e o consumo de drogas

Nesta aula veremos o consumo de drogas como um reforçador da identidade cultural de grupos e indivíduos.

A identidade pessoal talvez seja o principal constructo psicológico individual fruto do convívio social. A identidade individual ou grupal corresponde a um sentido de unicidade e continuidade que diferencia um indivíduo ou grupo social dos outros indivíduos ou grupos sociais. Ou seja, ao longo de nossa relação com a comunidade da qual fazemos parte, seja por um processo de construção de similaridade ou de refração de diferenças, vamos colocando ou tirando de nosso castelo de blocos, peças que, pinçadas ou devolvidas ao espaço coletivo, vão dando a forma e a constituição que fazem com que nosso castelo seja reconhecido como ele mesmo.

Esse processo de acolhimento de alguns elementos e rejeição de outros permite a construção de uma colcha de retalhos com a qual nos identificamos e costumamos chamar de "eu". É um processo difícil, normalmente pautado por crises (a adolescência é um momento marcado por esse processo, mas quando entramos em um novo ambiente de trabalho, passamos por esse processo, quando perdemos o emprego também). Essas crises incorporam ou expurgam aspectos da biografia individual ou da história grupal. Esses elementos são determinantes de gostos, preferências e desejos, tanto quanto de características culturais.

Mas nem tudo nesse processo são rebelião e tumulto. Boa parte dessas crises constitutivas da identidade, na verdade, diz respeito a crises que ajudam o indivíduo a incorporar elementos sociais novos, que vão, ao longo do tempo, tipificar as respostas presumíveis frente aos estímulos do ambiente. Ou seja, fazem do indivíduo aquilo que a sociedade espera que ele seja, padronizando suas ações, expectativas, roteiros de vida e, por fim, colocando-o em conformidade com a concordância e o compartilhamento.

Então, a identidade pessoal é aquilo em nossa personalidade, em nossa maneira de ser no mundo, que, ao mesmo tempo em que nos faz únicos, também nos coloca em conformidade com a sociedade. Isso vale para a identi-

dade grupal ou de grupos sociais, em que se cria, em relação ao ambiente comunitário, um processo de construção identitária parecido com o vivido no nível pessoal, criando entre os grupos sociais diferenças e pontos de identificação que permitem a convivência, mas, ao mesmo tempo, diferenciam cada grupo. Um exemplo bem simples e ilustrativo é o futebol: apesar de cada grupo ter uma identidade determinada ao clube para qual torce, todos têm em comum o gosto pelo futebol, ou, em última instância, todos torcem pela seleção brasileira. Grupos se diferenciam em pontos identititários, mas mantêm pontos de similaridade.

A identidade social é algo diferente da identidade pessoal. Enquanto a identidade pessoal é a que carregamos conosco, a identidade social é aquela que recebemos da sociedade ou da comunidade na qual vivemos. Grosso modo, é o papel que a comunidade nos designa. O papel que nos sobra.

Apesar de ser fruto direto dos papéis e desempenhos sociais, ela é uma construção pessoal que envolve atributos idiossincráticos (peculiares) da personalidade não compartilhados com outras pessoas. Cabendo, muitas vezes, exclusivamente a relações interpessoais muito próximas, ligadas exclusivamente a uma pessoa específica que passa a constituir a dupla relacional ("eu" e "você"). Ou seja, é fruto da relação direta, indivíduo a indivíduo. Por exemplo, o filho que somos para nossas mães, o marido que somos para nossas esposas.

Esse constructo, que pode ser fruto de uma díade negativa ou positiva, nos constitui frente a essas relações como determinantes de papéis a ser ocupados, incluindo aí o alcoólatra, o bêbado, o drogado, o marginal, entre outros.

A identidade pessoal não define o processo grupal, mas está relacionada a ele de forma indireta – por exemplo, amizades e inimizades. Esses vínculos afetivos acabam sendo os reforçadores da construção da identidade, alimentando os comportamentos, valores, as crenças e atitudes que socialmente caberiam melhor à construção de uma identidade coletiva de grupo. Valores como a lealdade e o compromisso, mesmo fora do ambiente profissional, movem as relações intragrupais, fortalecendo identidades e traços culturais peculiares.

Assim, na relação entre as identidades grupais e pessoais, e a quantidade de grupos sociais que temos em nossa vida, acabamos por ter uma infinida-

de de díades identitárias. Portanto, as pessoas possuem tantas identidades sociais e pessoais quanto são os grupos a que elas se sentem pertencer ou quanto são as relações pessoais que acham possuir. Essas noções de "achar possuir" e "sentir-se pertencer" são importantes para que nunca se perca de vista que, apesar da força de um grupo social frente a um indivíduo, a concordância e o compartilhamento são atitudes ativas e, no adulto psicológico (maior de 12 anos), voluntária.

Diferentemente da estrutura mais rígida da personalidade, essas identidades podem mudar rapidamente em resposta às mudanças do contexto – o que é uma informação valiosa em nossa área de atuação. A construção e a reconstrução da identidade social são processos guiados por duas motivações básicas: o autodesenvolvimento (concordância) e a redução das incertezas (compartilhamento), ou seja, quando os grupos se empenham em ser melhores e distintos.

No Brasil, à revelia de projetos nacionais imperiais, militares, liberais ou socialistas, formamos um povo único com características identitárias extremamente fortes e coerentes, porém miscigenados. A miscigenação levou à fusão de raças, culturas, crenças, sangue e etc. entre os diversos grupos que aqui se encontraram. Essa fusão criou estruturas de identidade únicas em relação ao todo, mas manteve traços de cada um que pisou aqui na colonização. A fusão aceitou qualquer influência e continua aceitando, mas pela forma como lidamos com os novos elementos culturais, reconhecemos em nós os traços de estrangeirismo identitário – no entanto, o inverso não é verdadeiro.

Características culturais e/ou religiosas específicas permaneceram intactas em grupos específicos, mas traços marcantes foram gradativamente atenuados, até que formássemos uma massa homogênea de conteúdos religiosos e culturais identificáveis apenas em nosso país. Claro que com a música e a religião isso é fácil de ser percebido, mas essa homogeneização se encontra nos pequenos detalhes e práticas do dia a dia de cada um de nós, seja na alimentação, na relação com o trabalho, com a escola e com as rotinas diárias.



Figura 19.1: Grupos culturais
Fonte: © Milena Moiola / Shutterstock

Lembrando, que segundo Baumann, a submissão à sociedade pode ser libertadora: a liberdade não é tanto das forças físicas não pensantes, mas a liberdade de não ter que pensar nelas. Ser brasileiro nos coloca em uma capacidade maior em relação a outros povos no que diz respeito a lidar com as adversidades da vida e também com as adversidades identitárias, criando fortes núcleos de identidade, mas ao mesmo tempo facilmente capazes de se transformar frente ao ambiente social adverso. Isso é bom, pois somos adaptáveis, mas é igualmente ruim, pois temos maior conformidade com as coisas erradas.

Esse processo de miscigenação, tão típico do Brasil, é um pouco diferente nos períodos da juventude, da adolescência ou da vida adulta. A juventude brasileira é engajada em discursos, músicas, igrejas, roupas e outros aparatos de construção identitária superficial. Muitos desses elementos são partes de rituais e culturas de grupos peculiares. Junto com esses elementos, comumente encontramos as substâncias de abuso. No Brasil, a bebida alcoólica é, definitivamente, em diversos formatos, um elemento cultural. Portanto, quase todos os grupos sociais, jovens ou não, tendem, na sua formação identitária, a construir vínculos com as drogas: rock, intelectualidade, samba.

É óbvio que, apesar da batalha pelo politicamente correto e por uma textualidade sem atribuições preconceituosas, ainda assim é preciso admitir que certos grupos consumissem mais drogas do que outros. Mas vamos tentar não dar nomes aos grupos, e sim tentar pontuar elementos no ambiente cultural que favoreçam o problema da dependência química.

Elementos que tornam um grupo social em um grupo de risco:

- Ambientes nos quais as relações sociais são facilitadas pelo consumo;
- Ambientes nos quais as relações sociais são facilitadas pelo consumo;
- Elementos culturais que estimulem, pela imagem ou pela idealização, o uso de substância.

Quando observamos o que constitui a sociedade, em vez de apontarmos o dedo para o que consideramos errado, percebemos elementos mais importantes e significativos em sua constituição, permitindo, assim, mudanças mais estruturais. Desde a década de 1970 e 1980, o uso de drogas esteve associado à construção de identidades inconformadas com o mundo e a sociedade, sendo, então, consideradas ponto de fuga.

Nas últimas duas décadas, aquilo que já foi um ponto de fuga, ponto de confronto social, tornou-se elemento maior de submissão, submissão ao próprio desígnio da droga. Encontramos, então, o ponto de fuga identitário no outro extremo, no conservadorismo: grupos de jovens da igreja, grupos de casais, núcleos de atividades sociais e esportivas organizadas.

Atividades de aprendizagem



- Observem grupos de jovens em sua região, procurando identificar grupos diversificados: skatistas, roqueiros, esportistas, sambistas, funkeiros e etc. Procure identificar, nessa observação, quais grupos têm em sua rotina de convívio o hábito coletivo de consumo de drogas, lícitas ou ilícitas.



Aula 20 – Grupos socioeconômicos e o consumo de drogas

Estudaremos, nessa aula, conceitos ligados a questões geográficas e econômicas e suas relações com a dependência química. Veremos a influência da distribuição geográfica como elemento facilitador do consumo e a relação econômica como fator impulsionador do consumo.

Nas duas últimas aulas discutimos a relação dos grupos profissionais com o consumo de drogas e, em seguida, refletimos sobre os grupos identitários e sua relação com o consumo de drogas, que saíram de modelos epidemiológicos, e nos utilizamos de um arcabouço teórico que nos permitiu analisar o problema de um ponto de vista mais profundo do que sua simples manifestação numérica.

Nessa aula faremos uma leitura teórica similar, abordando questões ligadas a geografia e economia para entendermos a relação dos indivíduos com o consumo de drogas – saindo, portanto, da epidemiologia e construindo conceitos mais sólidos para uma análise mais profunda do problema.

A primeira noção que precisamos ter é que a localização geográfica é um marco cultural. Ou seja, o local de residência, trabalho e convívio traz, com o passar dos dias, elementos identitários ou culturais que influenciarão nos marcos individuais de identidade. Portanto, podemos mudar um pouco aquele ditado e, em vez de dizer "me mostre com que andas e te direi quem tua és", podemos dizer "me diga onde vives e te direi que influência tendes a receber".

Em geral, a localidade não é determinante de caráter nem de renda financeira, muito menos de cultura ou de identidade pessoal, mas é sim uma prateleira que disponibiliza elementos culturais para o consumo daqueles que estão próximos, facilitando o contato do indivíduo com esses elementos e aproximando-o de tais traços. Então, se não houver resistência individual frente à influência do meio, assim como em outros grupos sociais, a geografia é um definidor de laços de identidade cultural.

Mais do que isso, quando pensamos nos traços culturais de consumo, as condições geográficas acabam servindo como facilitadores e reforçadores da acomodação da identidade. A replicação na comunidade de vizinhança de elementos culturais midiáticos como a vestimenta, os padrões de comunicação, as nossas atitudes, música e moradia, acabam servindo como indutores e reforçadores de concordância e compartilhamento desses traços.

Ainda, a distribuição geográfica associada ao planejamento urbano acaba por fazer uma soma importante no desenvolvimento de equipamentos sociais definitivos na facilitação ao consumo de drogas. O excesso ou a ausência de urbanização é um fator determinante para o processo de ocupação social do espaço geográfico. Um exemplo bem claro disso é a intervenção urbana com a construção de um novo viaduto em uma rua de pouco movimento. Essa intervenção cria uma massa excessiva de urbanismo, removendo o público anterior do ambiente e colocando sobre ele o espaço urbano impessoal do viaduto, suas ruas, postes, escuridão e calçadas. Um novo público se adapta a esse espaço, conformando-se ao novo desenho urbano e suas possibilidades de circulação, moradia, segurança e saúde.

Por outro lado, a ausência de urbanização planejada gera a criação de ocupações sociais desordenadas, que por suas características de circulação, segurança, sanitarismo e serviços públicos, facilitam a circulação da ilegalidade e dificultam o trânsito das forças governamentais e, portanto, da lei e da ordem.

Em ambos os exemplos, o viaduto escuro e a vila que cresceu sem planejamento público, ou seja, no excesso de ordenamento e na falta do ordenamento público, o ambiente geográfico sem vigilância pública acaba, por essas características, servindo como facilitador para o ilícito. Basicamente, podemos dizer que onde falta vigilância policial efetiva surge o facilitador geográfico para o consumo.

Claro que nem sempre existe escolha financeira possível entre morar em um bairro pobre ou embaixo do viaduto, então a condição geográfica acaba, muitas vezes, sendo fruto de uma condição econômica, essa sim determinante de escolhas geográficas de vida.

Em geral, nessas situações de baixa vigilância pública se instauram as estruturas criminais, nas quais se inclui o tráfico de drogas. Desde o advento do crack e seu avassalador crescimento, esse tipo de raciocínio não é mais tão

simples, pois a dificuldade urbana de circulação e vigilância não é mais fator direto no aumento do consumo em determinada região.

Pela forma como o crack altera a massa humana de consumidores, hordas humanas de dependentes químicos migram junto com a disponibilidade de consumo, fazendo com que bairros inteiros nas grandes metrópoles tornem-se, do dia para a noite, grandes becos de consumo. Mas essa não é exatamente a referência para uma influência geográfica, já que muitas vezes o boteco da esquina acaba trazendo muito mais consumidores para o álcool do que a horda de usuários de crack.

A disponibilidade de crack na casa do vizinho traficante acaba, na prática, sendo mais efetiva no impulsionamento inicial ao consumo do que a horda que migra atrás do crack. Em compensação, como reforço e elemento de manutenção do consumo, a horda é um poderosíssimo evento geográfico, social e econômico.

Fatores financeiros também são determinantes, já que a droga tem um custo de consumo, e ter dinheiro, com a facilidade de se comprar drogas em qualquer bairro de qualquer natureza social, é muito fácil em qualquer cidade brasileira. Esse fator financeiro também traz a possibilidade de uma relação financeira diferente com o consumo, alterando a qualidade e o padrão de consumo dos indivíduos, podendo até influenciar a natureza da droga consumida.

O fator financeiro também influencia a possibilidade de recuperação, podendo incorrer em intervenções precoces, tratamentos mais caros e até melhores para a dependência química. Esse mesmo fator financeiro que amplia a possibilidade de recuperação evita que a criminalidade se aproxime da conduta do usuário. Se há disponibilidade financeira para o consumo de drogas, a prática criminal não é necessária, nem com serviços prestados ao tráfico nem com furtos ou assaltos.

A presença de uma melhor condição financeira é uma vantagem quando se pensa no processo de recuperação, mas não é exatamente uma vantagem quando se pensa em processos facilitadores, já que a presença do dinheiro permite maior postergação nos problemas naturais gerados pelo consumo de substâncias, permitindo que o indivíduo conviva com a droga de forma mais intensa e por mais tempo.

Melhores condições financeiras também permitem um convívio social mais amplo, bem como a aproximação de pares identitários que reforcem cada vez mais o consumo.

Nesse aspecto, podemos começar a discutir uma temática importante em dependência química: a questão da marginalização. A identidade social ocupada pelo dependente químico varia de forma incondicional como sua posição geográfica e financeira. Um exemplo bastante simples: se o indivíduo for ocupante de uma função pública, consumir cocaína em bares chiques e estiver bem vestido, aos olhos da sociedade ele será "muito menos" dependente químico do que um participante da horda de usuários de crack.

Voltamos, então, para a nossa velha discussão sobre saúde pública e participatividade. Vimos nos últimos capítulos as questões das variáveis sociais (disponíveis para todos, em igual escala), vimos também as condições de grupos culturais (disponíveis para todos, em igual escala) e vimos ainda as influências geográficas e financeiras (com disparidades, mas com similaridade importantes para todos). Ainda assim, quando olhamos para a comunidade, vemos exatamente as mesmas coisas que enxergamos quando discutimos saúde pública: existem dois públicos com o mesmo problema, mas um dos públicos não se põe em questão e se exime da participação pública comunitária.

Enquanto o público marginalizado (que pode já ter sido muito rico antes da droga) é excluído de possibilidades agregadoras da comunidade, o público capitalizado agrega a sua volta um público cativo para reforçar sua conduta e até seu estado de marginalização.

Bom, nesse aspecto, e aproveitando essa discussão, podemos montar um quadro comparativo entre os valores normalmente presentes nos dois extremos das condições econômicas, fazendo assim uma análise de variáveis individuais facilitadoras do consumo.

Quadro 20.1: Diferenças individuais impostas pela questão financeira.

Alta renda	Baixa renda
Fuga da frustração.	Confronto com frustração
Indicações e acobertamentos baseados na camaradagem.	Família procura tratamento (amor exigente, al-anon e nar-anon)
Pouca ou nenhuma empatia familiar.	Alta empatia familiar
Acobertamento de questões judiciais.	Criminalidade e confrontos judiciais favorecem tratamento
Facilitação no resgate da vida pós- tratamento	Dificuldade na reinserção social

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

Resumo

Nessa aula vimos como fatores geográficos e financeiros podem favorecer ou dificultar o surgimento de variáveis ambientais e individuais que aproximem ou afastem o indivíduo do uso de drogas.

Atividade de aprendizagem



- Mapeie localidades de risco geográfico em sua região, e defina pontos geográficos que facilitam o acesso de crianças, jovens e adultos ao consumo de drogas lícitas e ilícitas. Tente analisar a urbanização da região e observar a qualidade de vida das pessoas.



Aula 21 – Transtornos mentais e suas relações com as drogas

Nesta aula estudaremos a relação da dependência química com outros transtornos mentais. Para isso, entenderemos a noção de doença primária e de comorbidade, analisando assim a DQ e os principais transtornos mentais que a cercam.

A dependência química é um transtorno de saúde mental multifatorial e multiconsequencial. Ou seja, tem múltiplos fatores que envolvem seu desenvolvimento (predisposições genéticas, sociais, culturais e individuais) e múltiplas consequências (sociais, financeiras, familiares, profissionais, físicas, biológicas e mentais).

Para a OMS, a dependência química é uma doença primária, ou seja, em um caso com múltiplos problemas ela é, provavelmente, a causa inicial, e independentemente disso ela é o primeiro problema que deve ser abordado. Ela é progressiva, isto é, evolui em gravidade com o tempo, variando de droga para droga, o tempo de evolução do problema. Mas a dependência química pode ter seu desenvolvimento influenciado por outros transtornos mentais, e esses transtornos podem aparecer em qualquer uma das fases de desenvolvimento da doença, iniciando, acelerando ou agravando o problema.

Em relação a outros problemas de saúde, podemos então entender a dependência química ou como doença primária ou como doença secundária (mas com exigência primária de ação de tratamento). Essa visão de abordagem primária da dependência química decorre de uma necessidade simples: se o indivíduo estiver em um período de uso de drogas, dificilmente fará adesão adequada a outros tratamentos de saúde.

21.1 Dependência química e transtornos do Eixo 1

Os transtornos psicóticos são um grupo de transtornos que incluem as psicoses e a esquizofrenia. Esse grupo implica em um diagnóstico de saúde mental que apresente quadros de delírios e alucinações, sendo então um grupo de transtornos mentais com fortes implicações neurológicas e cogniti-

vas. Dentro desse grupo encontramos o quadro de psicose induzida por uso de substância, ou seja, a desorganização crônica dos processos cognitivos responsáveis pela leitura da realidade.

Mas, independentemente disso, pesquisas recentes nos Estados Unidos, Inglaterra e Holanda mostraram que a *cannabis* é indutora de surtos psicóticos e de quadros de esquizofrenia em 20% dos usuários de longo prazo. Esse dado é relevante e importante, pois entre as drogas ilícitas a *cannabis* é a mais usada pelos jovens, que, portanto, se colocam exatamente nesse grupo de risco.

De uma forma ou de outra, todas as drogas com efeitos psicoativos influenciam a leitura da realidade, isto é, o estado de atenção, vigília e entendimento da consciência sobre o estado interno do corpo e a leitura fisiológica do mundo externo. Essa alteração é passageira, mas persistente, de acordo com o grau de intoxicação provocado pela droga. O uso constante condiciona o cérebro à manutenção crônica dessa leitura equivocada.



Figura 21.1: Psicose
Fonte: © Gwoeii / Shutterstock

Esse estado psicótico induzido pela substância de abuso, seja em um momento de intoxicação que gere a crise, seja fruto do uso crônico, gera efeitos (alterações) sobre os processos cognitivos que podem ser permanentes (e, em geral, o são). Chamamos isso de efeito residual, pois age como uma espécie, em alguns casos, tênue de resíduos do efeito dos surtos psicóticos sobre a cognição.

Nesse caso, temos uma situação em que a dependência química não é apenas primária em relação à psicose, mas é também a indutora do transtorno. Provavelmente, sem ela, os núcleos dopaminérgicos não teriam sido alterados tão significativamente e a integridade cognitiva seria mantida intacta.

O caso contrário é muito mais raro. Nos transtornos psicóticos, uma das características é o vínculo frágil não só entre o indivíduo e a realidade, mas também entre o indivíduo e seu núcleo familiar e de amizades. Normalmente, a droga, quando entra na vida de um portador de algum transtorno psicótico, entra como uso medicamentoso de drogas lícitas (benzodiazepínico usado como calmante ou uso doméstico de álcool). Quando ocorre a dependência de alguma droga ilícita é necessariamente por via de facilitação ambiental. Essa facilitação, pelas características dos transtornos psicóticos, precisa induzir o uso e também sustentá-lo.

Transtornos do Eixo 1: Transtornos psicóticos

Dificuldades no tratamento e na abordagem

- Constructos mentais delirantes: paranoicos, agressivos, delírios de grandeza.

- Acompanhamento medicamentoso é essencial;

- Dificuldade de compreensão cognitiva do problema com o uso de substância;

- Família tem dificuldade de compreender a relação entre os dois problemas.



Leia mais sobre esquizofrenia, acesso em: <http://drauziovarella.com.br/letras/e/esquizofrenia>

21.2 Dependência química e transtornos do Eixo 2

A relação primária entre a dependência química e os transtornos de humor é mais óbvia do que no caso dos transtornos psicóticos. O principal motivo para que as drogas de abuso tenham tão forte apelo frente aos indivíduos é a sua capacidade de alterar o humor. Então, elas têm importante efeito sobre a regulação do humor.

O álcool e os benzodiazepínicos são drogas de efeito depressor sobre o SNC, e mesmo sem a dependência dessas drogas, o uso constante ou o abuso delas pode induzir estados depressivos do humor por tempo indeterminado. Após longo período de abstinência, o organismo tem tempo de recuperar suas funções normais e reequilibrar o estado de humor.

A cocaína, apesar de seu efeito estimulante da atividade mental, não tem seu efeito mais duradouro no processo eufórico, mas sim no estado depressivo, acarretando, uma situação parecida com a do álcool.

A *cannabis*, apesar de ser uma droga alucinógena, tem como uma das principais características a diminuição da atividade motora.

Por outro lado, frequentemente, pacientes com transtornos do humor aprendem a moderar o humor com uso de drogas lícitas e/ou ilícitas. Esse uso é bastante arriscado, pois pode agravar diretamente o quadro de humor, além de aumentar o risco de suicídio e de surtos psicóticos.

No caso dos quadros de ansiedade, quando avaliamos pacientes em tratamento, mantendo a abstinência de drogas, encontramos resíduos de ansiedade que independem do quadro de síndrome de abstinência. Essa percepção induz a um olhar importante: o uso contínuo de drogas e a formação de um quadro de dependência química são indutores de quadros posteriores de transtornos da ansiedade.

Se a dependência química pode ser um importante indutor de quadros de ansiedade, o inverso também é verdade. Quadros de transtorno de ansiedade generalizada (TAG) são frequentemente associados à timidez e a outros problemas advindos da diminuição do repertório social. Nesses casos, o álcool e a cocaína caem como luva, facilitando a fluidez social. Bem, as duas são drogas de abuso com alto potencial de abuso e dependência.

Transtorno do Eixo 2:

Psicoterapia e participação dos grupos de mútua-ajuda e o apoio da literatura de A.A e N.A.

Quando necessário, medicação para alívio de sintomas em quadros agudos.

21.3 Dependência química e transtornos do Eixo 3

Os transtornos do eixo 3 são os transtornos da personalidade. Com isso, podemos entender que os transtornos desse eixo não estão ligados a uma variação na saúde mental, mas a estados de personalidade que, portanto, não são tão variáveis, e sim bastante sólidos e constantes.

Os transtornos de personalidade e a dependência química frequentemente caminham juntos. Pessoas portadoras de transtornos como o borderline comumente, ao longo de sua jornada de vida, fazem abuso de substâncias e desenvolvem dependência de suas drogas de abuso. Como no caso da dependência da cocaína e do crack, e na dependência química do álcool em mulher, a manipulação, as chantagens e o risco de suicídio são frequentemente usados como subterfúgios de resistência ao tratamento, e a associação entre os dois problemas acaba sendo inevitável. Em ambos os casos, com o processo de abstinência, a agudização dos sintomas tende a diminuir, facilitando o tratamento do transtorno bipolar.

Transtornos do Eixo 3

Pelas características peculiares, o acompanhamento de medicação se faz necessário e, mais do que isso, a orientação familiar é imprescindível no tratamento.

Resumo

Nessa aula vimos como a dependência química caminha em paralelo com outros transtornos mentais. Vimos a necessidade de sempre observar a dependência química como uma doença primária, pois a desorganização que ela induz no indivíduo inviabiliza outros tratamentos.

Atividade de aprendizagem



- Observe nos relatos de dependentes químicos a presença de sinais associados a outros transtornos mentais. Procure anotar esses sinais e, depois, procure no *site* **psiqweb.med** <http://www.psiqweb.med.br/site/> a quais transtornos mentais esses sinais estão associados.



Aula 22 – Outros recortes populacionais e o uso de drogas

Nesta aula analisaremos dois recortes populacionais, mulheres e universitários, e suas relações com o uso de drogas e a dependência química.

Nas últimas décadas, o papel feminino na sociedade ocidental vem mudando. Até a década de 1970, o papel feminino estava fortemente atrelado ao lar, ao cuidado dos filhos – o pilar moral do seio familiar. A partir dos anos 1980 esse papel veio mudando. Seja como resultado da falência parcial do modelo matrimonial da família seja por um processo pessoal de busca de realização, a figura feminina mudou de posição frente à sociedade.

Hoje, participante ativa da vida política e econômica, a mulher dificilmente está restrita ao lar e ao cuidado dos filhos. Com isso, houve muitos ganhos sociais, econômicos, intelectuais e afetivos. Até a noção de amor, como um lubrificante romântico do matrimônio, se reconfigurou, mesclando-se com a identidade sexual e a realização da vida.

Essa mudança, com tantos aspectos positivos, teve um elemento negativo, do ponto de vista da saúde mental. As mulheres, que saíram para conquistar o mundo, também conquistaram o boteco e,hoje, o número de mulheres dependentes do álcool é estatisticamente maior que o número de homens. As mulheres consomem tanto ou mais álcool que os homens.

Quando olhamos as estatísticas do CEBRID, encontramos três estatísticas interessantes: entre 12 e 17 anos, 52% dos homens tiveram contato com o álcool, enquanto 50% das mulheres tiveram esse contato. Quando pegamos um recorte populacional entre 17 e 34, vemos que cerca 82% dos homens fazem uso de álcool, enquanto 73 a 75% das mulheres fazem o mesmo uso. Quanto mais elevamos a faixa etária, menos próximos ficam os índices femininos e masculinos.

Quando pensamos em dependência química, podemos ver números mais assustadores: na faixa etária de 18 a 24, 12% das mulheres apresentaram dependência do álcool e, apesar de o número de homens dependentes do

álcool ser de 27%, quando comparamos esse número com os dados globais, vemos que em geral 12% da população brasileira são dependentes do álcool. Ou seja, o número de mulheres dependentes do álcool nessa geração vindoura, universitária, é alarmante e já corresponde, na entrada da vida adulta, ao dobro da situação feminina geral (6,9% de dependentes do álcool).

Esse avanço do consumo feminino do álcool é suficientemente grande para gerar um mercado de desenvolvimento, fabricação e consumo de bebidas alcoólicas especialmente desenvolvidas para o público feminino. Ele representa um acréscimo que quase duplicou o rendimento do mercado de bebidas alcoólicas.

Em contrapartida surgiram também comunidades terapêuticas e grupos de auto e mútua ajuda específicos para esses público feminino consumidor de álcool.

Esses números representam o processo libertador feminino que, ao longo das gerações, tende a ampliar suas fronteiras. **E assim deve-se manter!** Mas também demonstra que essa liberdade precisa vir acompanhada por um processo instrutivo. Fica evidente esse índice quando paramos de olhar apenas para a mulher jovem e abrimos o leque de análise para o público jovem de ambos os sexos.

Observe o quadro a seguir, retirado de uma das publicações do CEBRID (II Levantamento Domiciliar, de 2005). Esse quadro se refere ao uso de álcool na vida e, pela forma como representa seus números, demonstra dados importantes quando analisamos as quatro faixas etárias ali representadas:

- As gerações mais novas tendem a beber proporcionalmente mais;
- O álcool é ilícito para a primeira faixa etária e, mesmo assim, 50% já fez uso na vida;
- O público com a faixa etária universitária (18 a 24 anos) bebe muito;
- Esse uso da vida universitária se mantém no início da vida adulta profissional (25 a 34 anos), mostrando uma tendência de manutenção dos padrões de consumo (mesmo não sendo uma pesquisa longitudinal).

Tabela 22.1: Uso de álcool na vida.

FAIXA ETÁRIA (anos/sexo)	OBSERVADO %	INTERVALO DE CONFIANÇA 95%
12 – 17	54,3	(49,3 – 59,2)
M	52,8	(47,8 – 57,7)
F	50,8	(45,9 – 55,8)
18 – 24	78,6	(74,6 – 82,7)
M	83,2	(79,4 – 86,9)
F	72,6	(68,2 – 77,1)
25 – 34	79,5	(75,5 – 83,5)
M	85,1	(81,6 – 88,7)
F	73,0	(68,6 – 77,4)
≥ 35	75,0	(70,7 – 79,3)
M	86,1	(82,7 – 89,5)
F	67,6	(63,0 – 72,3)
TOTAL	**74,6**	**(70,3 – 78,9)**
M	**83,5**	**(79,8 – 87,2)**
F	**68,3**	**(63,7 – 72,9)**

Fonte: II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 108 maiores cidade do país. 2005, CEBRID.

Na **tabela 22.1**, o público feminino é representado pela letra F, e o masculino pela letra M. Vemos que no uso ao longo da vida os números são muito próximos até a geração acima dos 35 anos, quando, por questões geracionais, provavelmente as mulheres fazem uso mais conservador do álcool.

Leia mais sobre esquizofrenia, acesso em: <http://drauziovarella.com.br/letras/e/esquizofrenia>

Então, o aumento no consumo do álcool não é só ligado ao sexo feminino, é uma questão que transcende o gênero. No entanto, comparar o crescimento do consumo feminino ao masculino demonstra uma alteração importante em relação a diferentes gerações do sexo feminino. As mulheres consomem tanto ou mais álcool que os homens nas gerações mais novas.

Mudanças nas variáveis individuais e nas variáveis de ambiente têm importância nessa mudança do comportamento feminino. As variáveis de ambiente respondem às mudanças no contexto social, gerando ao longo das gerações mudanças importantes nos contextos individuais. No contexto social, a apropriação feminina do próprio sexo, que deixa de ser posse da figura masculina, abre espaço para um movimento ativo da mulher em busca da realização de seu prazer.

Quadro 22.1: Movimento ativo da mulher

Mulheres	
Contexto social	**Contexto individual**
Apropriação da sexualidade	Poder
Liberdade feminina.	Acesso financeiro.
Sedução.	Logística.
Direitos.	Posicionamento pessoal:
Libertação do estigma de mãe e dona de casa.	- liderança
Gosto pela festa e pela noite.	- responsabilidade no trabalho
	Liberdade de viver.

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

No contexto individual, a possibilidade da gestão livre da própria vida financeira possibilita uma libertação física da figura masculina em direção ao mundo, que, hoje, como nos diz Baumann (2008) e Foucault (2008), é representado por um processo de valoração do indivíduo e, portanto, de sua possibilidade de consumo, realização e desenvolvimento.

Resumo

Nessa aula vimos como as mudanças sociais alcançadas pelas mulheres abriram espaço para que, entre muitos benefícios e conquistas importantes, fosse ainda possível que o mercado de venda de bebidas alcoólicas se aproximasse dessa fatia de consumidores. Vimos também a relação preocupante da juventude com o consumo de álcool.

Atividade de aprendizagem

- Observe nos bares próximos aos centros universitários, faculdades e colégios a quantidade de jovem de ambos os sexos e o volume de bebidas alcoólicas consumidas. Pense em um possível programa de prevenção que pudesse afastar esses jovens de suas relações com o álcool.

Aula 23 – Produção de comportamento de consumo

Nesta aula veremos como algumas teorias, surgidas a partir da década de 50 do século XX, tentam explicar a relação do ser humano com as drogas, em função de variáveis internas e externas, para justificar o seu consumo.

Uma das questões mais comuns sobre o processo de desenvolvimento da dependência química é:

Por que alguns indivíduos tem maior ligação com as drogas do que outros?

Essa pergunta é recorrente desde os primórdios do estudo da psicopatologia. Na época, o problema limitava-se basicamente ao álcool e, em alguns poucos casos, ao ópio (em grandes metrópoles europeias). Mas já se percebia grande diferença no comportamento inicial de uso e no desenvolvimento de uma ligação diferenciada entre certos indivíduos com a droga.

Claro, essa pergunta sempre teve dois fins: de um lado, familiares, médicos, padres e a comunidade tentando entender como um indivíduo, aparentemente em plenas condições sociais, econômicas e familiares, acabava sendo levado a um estado de total miséria, sem conseguir largar a droga; por outro lado, dependentes químicos, inconformados com a impossibilidade de manter um uso aceitável de sua droga, perguntavam-se o mesmo.

Ao longo deste livro, vimos que essa é uma questão interdisciplinar, e que a ciência médica, a filosofia, a psicologia, a psiquiatria e a psicopatologia, ao longo dos últimos 100 anos aproximadamente, apresentaram uma série de elementos, fruto da observação científica da dependência química, que servem de recurso para atender de forma mais adequada às demandas de tratamento.

Mas, infelizmente, frente a essa pergunta específica, não existe uma verdade única. Teorias **pululam** e, desde a Grécia antiga, tentam separar os homens que dão conta de um consumo socialmente aceitável dos que não consegue

A-Z

Pululam
do verbo pular; multiplicar-se rapidamente.

frear seu consumo. **Mas, que teorias são essas? Individualmente, elas não são uma resposta única e verdadeira? Como o seu conjunto organiza o olhar sobre o consumo de drogas?**

A primeira teoria que merece nosso olhar é a teoria desenvolvimentista, que diz respeito ao processo de desenvolvimento infantil, segundo o descrito por Freud e seus seguidores posteriores. Freud aponta que o seu humano, **infante**, do nascimento até os sete anos de idade, passa por ajustamentos orgânicos e psicológicos para se capacitar para o mundo. Esse processo de desenvolvimento é baseado, fortalecido e marcado por sua interação com o ambiente familiar (inicialmente, a mãe; depois, o pai e os irmãos; e, por fim, o mundo).

A-Z

Infante
que está na infância.

Freud nos aponta algumas fases marcantes desse processo de formação da psique. A primeira seria a fase oral, ligada ao período de amamentação, sentimentos de sobrevivência básica, segurança e o afeto maternal nutridor. A outra fase é a fase anal, em que a criança aprende a usar seu aparelho excretor voluntariamente, controlando o processo de excreção e, assim, adquirindo autonomia na sua relação com o mundo.

Dessa teoria freudiana podemos inferir uma importante teoria sobre o consumo de drogas: a questão da relação oral ou oralizada com a droga. Segundo essa visão, o processo de desenvolvimento da dependência química passa por uma despotencialização do sujeito, que, ao longo desse desenrolar, se torna em relação à droga o que foi em relação à mãe, isto é, impotente, desnutrido, dependente, etc. Nessa teoria, ao longo do processo de desenvolvimento, um buraco ou gancho de desenvolvimento manteria o sujeito preso aos sentimentos e às vivências do passado, como se ainda tentasse reviver o processo oral de aleitamento. Literalmente, um retorno ao seio materno.

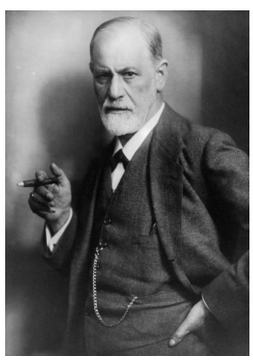


Figura 23.1: Sigmund Freud.
Fonte: Domínio público / Wikimedia Commons.

Quando do primeiro encontro com a droga, esse vínculo traumático com o período oral se afloraria, levando a uma imediata associação entre a satisfação encontrada no aleitamento e a satisfação proporcionada pela droga. Como a relação com a droga é de satisfação e insatisfação instantânea, isso colocaria o indivíduo em uma espécie de círculo vicioso em busca da próxima amamentação.



Você sabia que Sigmund Freud foi o criador da psicanálise? Para saber mais, acesse <http://educacao.uol.com.br/biografias/sigmund-freud.jhtm>.

Outra teoria advinda da primeira metade do século XX é a teoria das personalidades facilitadoras. Segundo ela, e as evidências são bem favoráveis a essa teoria, apesar de não abranger uma unanimidade de casos, determinados tipos de personalidades teriam uma associação mais fácil com os efeitos provocados pelas drogas, seja a partir de benefícios proporcionalmente maiores ou de sensações e experiências provocadas por elas.

Ainda, segundo essa teoria, quatro personalidades teriam maior afinidade com a droga dos que as demais. A personalidade tímida, mais introvertida, insegura, normalmente com problemas de socialização, seria a mais comum. Ela teria especial afinidade com o álcool, já que um de seus efeitos imediatos principais é exatamente a desinibição. O desenvolvimento da dependência química se daria com a continuidade do uso e posterior abuso.

Outra personalidade destacada pela sua afinidade com a droga seria a personalidade bordeline. Tipicamente comprometida com comportamentos de borda, limítrofes, legais e ilegais, lícitos e ilícitos, marginais e sociais, e até beirando a psicose, muitas vezes, esse tipo de personalidade, por conta de suas desventuras, estaria mais propenso a buscar a marginalidade da droga.

O terceiro tipo de personalidade, segundo a teoria das personalidades facilitadoras, é a *sensation seeker* (buscadora de sensações). Esse tipo de personalidade, seja por incapacidade de encontrar satisfação ou por conteúdos internos diversos, tem tendência a procurar experiências cada vez mais intensas. Quando o indivíduo se associa a uma Igreja, por exemplo, ele busca a Deus com fervor alucinado. Outro exemplo fácil de ilustrarmos é o do jovem que começa a surfar e, procurando ondas, acaba sempre em busca de ¨ondas¨ maiores e maiores e, por fim, acaba colocando em risco a suas própria vida, tentando encontrar uma experiência mais intensa. E, claro, quando essa busca envolve a experiência provocada pela droga, o mergulho acaba em grandes precipícios de consumo.

O quarto e último tipo de personalidade é a personalidade com problemas de controle de impulso. Essa dificuldade de controlar os impulsos remeteria o indivíduo ao descontrole compulsivo e impulsivo da droga.

As duas teorias, a do desenvolvimento e a da personalidade, têm seu fundamento, e de modo geral podem ser usadas como forma de explicar o uso, mas nunca a escolha pelo não uso ou pela não repetição do uso. Portanto, essas teorias explicam, mas não justificam.

Uma terceira teoria é a socioambiental. Amplamente divulgada pelas instâncias mundiais de combate às drogas, ela afirma que fatores individuais (genética, personalidade, hereditariedades culturais) se misturam a variáveis ambientais (acesso, cultura, disponibilidade, pressão social), levando o indivíduo ao consumo inicial e posicionando o processo de seu desenvolvimento no trilho da droga. Claro, essa teoria é tão amplamente aceita porque se apropria de diversas outras teorias, abrindo um leque de explicações que garantem que, em algum ponto, o indivíduo terá sua explicação. É esse o modelo de entendimento que orienta a maioria das abordagens terapêuticas não religiosas.

Uma forma simples de entendê-la é pensar em um monge budista, filho de pais alcoólatras, que aos quatro anos foi levado para o mosteiro e, lá, nunca mais teve contato com o álcool. Entende-se que ele herdou de seus pais a carga genética para o alcoolismo, então ele é propenso ao alcoolismo. Mas, como em sua vida de mosteiro ele nunca teve contato com o álcool, não teve contato com as variáveis ambientais que poderiam impulsionar o consumo de álcool. Também, em virtude da vida no mosteiro, ele foi afastado das variáveis sociais que poderiam induzi-lo ao consumo. Assim sendo, apesar de sua propensão genética (variável individual), nunca desenvolveu o alcoolismo por ter-se afastado das demais variáveis.

Alguns profissionais, acadêmicos e teóricos da área, mantêm a visão de ambas as teorias, utilizando-se das teorias da personalidade para explicar a afinidade do indivíduo como variável individual, a pressão social e a situação ambiental a partir de conceitos sociológicos para as variáveis sociais e ambientais.

Como vimos nesta aula sobre multidisciplinariedade, a dependência química é uma disciplina transdisciplinar e, por essa característica é considerada uma doença bio-psico-social e, para alguns, ainda espiritual.

Resumo

Nessa aula vimos algumas teorias que tentam explicar porque alguns indivíduos acabam desenvolvendo uma relação mais intensa com o consumo de drogas, facilitando o desenvolvimento da dependência química. Vimos o modelo desenvolvimentista, o modelo baseado na personalidade e, por fim, o modelo socioambiental.

Atividade de aprendizagem



- Avalie ao seu redor, pessoas, familiares, pacientes e amigos em termos dos quatro tipos de personalidade que poderiam estar associados à facilidade no desenvolvimento de laços com o consumo de drogas. Como você conversaria sobre isso com essa pessoa? Como você explicaria o pertencimento a um grupo de risco baseado em variáveis internas como a personalidade?



Aula 24 – A dependência química como doença primária

Nesta aula veremos que ao longo de todo o processo de evolução do pensamento e da pesquisa sobre a dependência de álcool e outras drogas, a dependência química alçou patamares próprios como doença primária facilmente diagnosticada.

Em quase todas as condições de atendimento à saúde, a dependência química deve ser vista como doença primária, ou seja, deve ser vista como a causa, a fonte ou o primeiro elemento a ser abordado no processo de tratamento. Isso precisa ser notado de forma especial frente a outros transtornos de saúde mental, mas também deve ser notado em relação a outros problemas de saúde em geral.

Vimos em aulas anteriores como a dependência química se entrelaça com os transtornos mentais, mas em relação aos problemas gerais de saúde, o entrelaçamento não é diferente. Basta pegarmos dois problemas de saúde bastante comuns no Brasil: as cardiopatias e os diversos tipos de câncer – todos facilmente associados ao consumo de álcool e tabaco.

No caso dessas doenças, os fatores de risco mencionados (consumo de álcool e tabaco) são agravantes no diagnóstico da dependência química e, ao contrário do que se imagina, não são elementos que induzem o aumento do consumo, são na verdade fruto do consumo. Quando há consumo de álcool e tabaco, as doenças induzidas, facilitadas ou agravadas por essas substâncias reforça o diagnóstico de dependência de drogas.

Vimos também em aulas anteriores que a interação do álcool e demais drogas com medicações para o tratamento da saúde em geral pode ser perigoso ou pouco proveitoso do ponto de vista clínico. Outro fator é a desorganização geral da vida causada pelo consumo de droga, afetando o consumo dos remédios, mudando os horários, as regras, a alimentação e a rotina. Assim, em qualquer situação de risco, a supressão do uso de substâncias é primordial, ou seja, é primária em relação ao tratamento.

Mas para poder ser reconhecida como primária ela precisa ser, primeiramente, reconhecida, que pode partir de uma intuição profissional, isto é, da experiência desse profissional que faz o diagnóstico. Um clínico geral, um oncologista ou mesmo um dentista que vá realizar uma anestesia local pode ter a intuição para fazer um bom diagnóstico, tendo por base a experiência.

Para os profissionais, esse diagnóstico é tão fundamental quanto uma lanterna para quem trabalha no escuro. É ele, o diagnóstico, que dá a segurança de que, seguindo padrões internacionais, pode-se dar uma palavra definitiva que oriente as ações profissionais.

O diagnóstico de dependência química tem por base sete critérios: tolerância, abstinência, quantidades, fracassos, tempo, importâncias, insistência. Desses, três precisam aparecer ao longo de um período de 12 meses, não necessariamente consecutivos. Ou seja, ser portador de um transtorno de dependência química é absolutamente fácil.

Vamos analisar critério por critério. Acompanhe!

Tolerância

É um processo químico que obriga o indivíduo a aumentar progressivamente a quantidade da substância consumida para conseguir efeitos similares ao obtido anteriormente, com doses menores. Depois de um período de administração continuada de uma certa dose, os efeitos diminuem, sem preciso então uma dose maior para obter os efeitos sentidos com a dose original.

Sendo a tolerância um processo orgânico e químico, associado a alterações neuroplásticas nos neurônios e à habilidade metabólica do fígado, é uma das chaves diagnósticas usadas para determinar se há uma estrutura biológica adaptada à droga, ou seja, se o corpo está dependente da droga.

Abstinência

É o conjunto de sintomas e sinais que aparecem no indivíduo que deixa de consumir a droga da qual é dependente. A abstinência pode ser aguda, quando surge imediatamente após a interrupção do uso, ou tardia, quando está relacionada aos danos tóxicos causados ao sistema nervoso e/ou pelo estresse psicossocial.

Esta é a segunda chave diagnóstica usada para determinar a presença da dependência da droga. Perceba que são estruturas biológicas reagindo à ausência da droga. O corpo dependente da droga (no caso da tolerância), na ausência da substância, entra em estado de sofrimento agudo (normalmente passageiro) ou crônico, que pode se estender, no caso de alcoolismos severos, com sequelas para o resto da vida.

Quantidades

A quantidade é o primeiro critério a fazer referência a questões de comportamento, saindo da alçada exclusivamente psicológica. As quantidades dizem respeito ao aumento da quantia de droga ingerida ou ao tempo de ingestão em detrimento do planejado. O sujeito se programa para ficar no bar até às onze da noite, mas não consegue parar de beber antes de cair; ou então ele se programa para consumir duas pedras de crack, mas só consegue suspender o uso depois de cinquenta ou sessenta pedras.

A quantidade de droga pode ser mudada pela intensidade de seus efeitos, ou seja, o aumento da potência da droga, mudando seu tipo de formulação (crack em vez de pó), sua forma de consumo (cachimbo em vez de cigarro). Esse critério revela um estado compulsivo de consumo da droga.

Ainda para ilustrar esse critério, pode-se citar a substituição da droga por uma substância mais potente (por exemplo, trocar cannabis por crack).

Fracassos

Nesse critério encontra-se outro fator comportamental importante: a questão da batalha por retomar o controle do uso. Nesse critério observa-se se esforços são feitos para tentar diminuir o tempo, a quantidade, o custo, os danos ou interromper (sem sucesso) o uso da substância da qual é dependente.

Tempo

A cada período ou ciclo, mais tempo é gasto com a busca, o consumo e a reparação de efeitos e consequências da droga. Além disso, o tempo de consumo da droga, a busca pela droga, a reparação dos danos e consequências causados por ela acabam, gradativamente, se apropriando dos outros tempos da vida (lazer, família, trabalho, etc.)

Importância

Assim como o tempo do consumo da droga invade os outros tempos da vida, há um deslocamento, para cima, da importância dada à droga, e aqueles eventos que constituíam e caracterizavam a vida vão, gradativamente, perdendo importância em relação ao uso da substância. A droga acaba ocupando cada vez mais espaço na vida do sujeito dependente, deixando de lado atividades importantes de lazer, trabalho e educação.

Insistência

Por último, mas não por isso menos importante, é a noção de insistência. Ela nos remete ao início da aula, quando falávamos do reconhecimento da necessidade de suspender o uso por um bem maior – no caso, o tratamento de outro problema de saúde. Assim, o critério da insistência diz respeito aos conflitos internos gerados por reiterados avisos externos e à percepção das consequências físicas, sociais e financeiras que orientam a suspensão do uso da droga. Mas, mesmo assim, a pessoa persiste no uso da substância.

Resumo

Nessa aula vimos como a dependência química tem status de doença primária. Vimos também que, como outros transtornos mentais, ela tem critérios diagnósticos próprios que independem de achismos e preconceitos. Vimos ainda que seu diagnóstico é baseado em sete sintomas, e que a presença de apenas três deles ao longo de um ano é o suficiente para a tomada de decisão diagnóstica.

Atividade de aprendizagem



- Levando em conta os critérios para o diagnóstico da dependência química, construa um pequeno texto explicando e justificando se você concorda com os resultados das pesquisas que apontam que apenas cerca de 11% da população sofre de dependência do álcool.



Aula 25 – Comorbidades ligadas ao uso de drogas

Nesta aula investigaremos três áreas diferentes de comorbidades normalmente encontradas no tratamento de dependência química: transtornos mentais, doenças físicas e doenças de contágio.

As comorbidades são doenças ou patogenias ligadas entre si em sua origem ou em sua etiologia. Isto é, são doenças que se entrecruzam, sendo causas umas das outras. Vimos isso em aulas anteriores quando posicionamos a dependência química frente a outros transtornos mentais para entendermos sua relação com eles.

Já esclarecemos que a dependência química é uma doença primária, seja ela a porta de entrada, o agente desencadeador ou o agente agravador de outros problemas, ela é o que sempre precisa ser observado primeiro. Mesmo em um simples checkup cardiológico, uma síndrome de abstinência pode acarretar graves consequências, devendo, portanto, ter seu quadro previamente diagnosticado.

Sendo assim, analisaremos, nessa aula, do ponto de vista do atendimento à dependência química, as comorbidades mais comuns em saúde mental, saúde física e de doenças de contágio.

A dependência química é um transtorno crônico, ou seja, se arrasta ao longo da vida do paciente e, no decorrer de seu desenvolvimento, aproxima o indivíduo de diversas linhas de risco na área da saúde. Esse trânsito frequente em margens de risco, algumas vezes nada acarreta, mas vida, mesmo para um dependente químico, é longa. Esse vai e vem pode durar apenas meses, ou até mesmo anos.

Diferentemente de alguém que caminha pela corda bamba de um circo, o dependente químico quando transita por essa linha de borda nem sempre se encontra no melhor do seu estado de consciência e sobriedade – aliás, normalmente, ele se encontra sob o efeito de sua droga de preferência. Essa ausência de um estado seguro de tomada de decisão é, em muitos casos, o

principal fator de desenvolvimento de comorbidades em qualquer uma das vias analisadas nessa aula.

Em aulas anteriores já foi discutido sobre os grupos de transtornos mentais, seja numa posição etiológica da dependência química como causa ou como consequência desses transtornos.

Nesta aula, entretanto, gostaria de relacioná-los novamente, não tanto com o intuito de fixação de conteúdo, mas sim para que possamos, junto com os dois outros grupos, perceber a quantidade de problemas de saúde diretamente ligados à dependência química.

O grupo de transtornos mentais de maior associação com a dependência química é, sem sombra de dúvidas, o grupo dos transtornos do humor, principalmente a depressão. A associação álcool-depressão fica bastante facilitada, pois o álcool é a droga psicoativa mais consumida no mundo, e seu principal efeito é justamente um estado depressivo.

Em quadros graves de alcoolismo, que duram por décadas, o paciente acaba, em seu fim de carreira alcoólica, apresentado ainda muitos comportamentos típicos do dependente químico. Mas, a degeneração biológica, os danos emocionais e o padrão depressivo acabam por associar o quadro mais facilmente à depressão do que ao alcoolismo.

No caso do transtorno de humor do tipo bipolar, sua associação mais comum é ao alcoolismo feminino ou à dependência de drogas cruzadas (cocaína e álcool). Nesses casos, a desorganização bioquímica gerada pela droga no cérebro induz alterações nos padrões de neurotransmissores em áreas específicas do cérebro.

A partir desse ponto, a regulação do humor fica desequilibrada, precisando, na maior parte dos casos, de intervenção medicamentosa. Como é grande a confusão gerada pela droga, principalmente quando pensamos em avaliação do estado mental, é preciso que o paciente se encontre em abstinência há algum tempo para viabilizar um bom diagnóstico.

Normalmente, esses diagnósticos de transtorno bipolar acabam por surgir espontaneamente após um longo período de abstinência (2 ou 3 anos). Percebendo a dificuldade de se enquadrar ao mundo externo, o paciente acaba procurando ajuda. Ou seja, quando a confusão da droga acaba ou diminui, o paciente consegue se avaliar e perceber a necessidade da buscar ajuda.

No caso dos transtornos da ansiedade, mesmo em processos de abstinência de longo prazo, é comum encontrarmos paciente com TAG ou TOC etiologicamente associados à dependência química. O processo de readaptação à vida, os reflexos comportamentais e cognitivos desenvolvidos durante o período de ativa remetem o paciente ao sofrimento mental característico da TAG ou do TOC. Nesses casos, mais comumente nos pacientes femininos, a necessidade de controle, insônia, agitação do pensamento, alteração do apetite e manifestações somáticas (físicas) compõem o quadro da ansiedade.



Para saber mais sobre TAG ou TOC acesse <http://drauziovarella.com.br/letras/a/tag-transtorno-da-ansiedade-generalizada/> <http://drauziovarella.com.br/letras/t/toc-transtorno-obsessivo-compulsivo/>.

Em relação às doenças físicas gerais, duas são quase certas em casos de dependência do álcool, e outra na dependência do álcool e da cocaína, inalada ou cheirada.

A **primeira**, apesar de demorar mais tempo para se instalar, é mais dramática: a diabete alcoólica, típica dos quadros de longo prazo de consumo de álcool em grandes volumes, começa com uma desorganização das células pancreáticas, isso gera um padrão descontinuado na produção de insulina que, hora está alta, hora está baixa.

A diabete alcoólica normalmente aparece em uma idade e em um padrão de consumo terminal, e a retirada total do álcool, muitas vezes, é impossível. Isso gera gangrenas periféricas e suas consequentes amputações – além de cegueira e um drama familiar incalculável.

A **segunda** doença física importante normalmente encontrada em comorbidade com a dependência química são as cardiopatias. No caso do consumo de cocaína e seus derivados, encontramos dilatações do tecido cardíaco e enfartes do miocárdio – ambos relativamente comuns em usuários de crack de longa data.

Mais comuns que as cardiopatias associadas à cocaína são as cardiopatias ligadas ao álcool e ao tabaco: arteriosclerose, enfartes, acidentes vasculares encefálicos e angina. Isso parece um dado meio óbvio, mas quando juntamos os dados referentes à saúde cardiológica e ao consumo de álcool e tabaco temos uma correlação entre o consumo do álcool e as doenças coronarianas que beira três em cada quatro casos.

Mas, nesses casos, apesar do grande volume de indivíduos dependentes químicos acometidos pelos problemas vasculares e cardiológicos, ainda assim é uma situação cujo mal acomete o indivíduo usuário de droga mesmo sem a dependência da substância. Também no caso das doenças de contágio, elas

aparecem como o fruto do consumo de droga e da perda do controle pleno dos atos. Inflige a outros a continuidade do mal sofrido, mesmo que esses indivíduos não sejam dependentes da droga.



Aprofunde seus estudos e saiba mais sobre as doenças Sífilis, Hepatite e HIV em: http://www.aids.gov.br/pagina/sifilis Acesso em set. de 2014.

Sífilis, hepatite e HIV são comumente associados ao consumo de drogas injetáveis, mas essa via de acesso e as drogas comumente consumidas por essas vias são raras no Brasil, por isso, aqui, o contágio ocorre através das relações sexuais, em sua maior parte. A relação sexual precária, do ponto de vista da prevenção a doenças sexualmente transmissíveis, não é exclusividade de usuários de drogas ilícitas. Mais comum que a distorção causadas por elas, o efeito do álcool modera o nível de risco e o nível de comprometimento com a responsabilidade, eliminando a precaução para ambos os parceiros.

Nesse caso, os grupos de risco não se limitam a indivíduos com a dependência química desenvolvida, mas avança para consumidores ocasionais que, sob o efeito da droga, se colocam nesse risco.

Resumo

Nessa aula observamos as comorbidades ligadas à dependência química, e evidenciamos sua capacidade de indução, agravamento ou facilitação do contágio das doenças.



Atividades de aprendizagem

- Como visto em redução de danos, a relação do uso de drogas com doenças contagiosas é intenso. Mas, também vimos que as doenças contagiosas não são o único dano que pode ser reduzido com intervenções e abordagens inteligentes ao problema das drogas. Você conseguiria intervir preventivamente sobre transtornos do humor e da ansiedade com o mesmo tipo de entusiasmo que agiria para prevenir o contágio de HIV? Por quê?

Aula 26 – Institucionalização da doença mental

Nesta aula analisaremos as questões que envolvem a institucionalização como ferramenta de tratamento de saúde mental, incluindo a dependência química. Investigaremos a noção de risco e as estratégias em que a institucionalização é cabível como forma de tratamento.

A institucionalização ou internação é o ato de transmitir ao hospital, à clínica ou ao centro de tratamento a responsabilidade não só pelo tratamento, mas também pela manutenção da vida, da saúde, da integridade física e mental e, por fim, da vida do paciente pelo tempo em que lá ele estiver.

Quando o paciente é institucionalizado e se mantém dentro da instituição, sem fugir, seus direitos de ir e vir são privados e suas necessidades pessoais são sujeitas aos horários, profissionais, humores, interesses e terapias que lá são praticadas. Portanto, o internamento é um evento extremamente sério que gera, entre paciente e instituição, um vínculo de dependência muito profundo.

Quando pensamos em saúde mental, pelo estigma que carrega, muitas vezes a institucionalização acaba sendo um processo longo e arrastado, principalmente quando pensamos em pacientes dependentes químicos. A noção de hospital e saúde mental juntos revela, por um lado, uma fantasia de impotência no controle das faculdades mentais (loucura); por outro lado, uma fantasia de que na instituição o paciente vai ser jogado às traças e será tratado como rato em um porão (e, às vezes, vai mesmo). Os pacientes dependentes químicos, por si só, já são resistentes ao tratamento, e sendo assim, complicam a abordagem, a remoção e o processo de internamento. Além disso, vencer a barreira histórica do hospital e, lá dentro, depositar um familiar, não é processo fácil.

Além de tudo isso, outro fator ainda pesa: um paciente que faz uma cirurgia cardíaca, em que tudo corre bem, fica entre 5 e 10 dias no hospital – um tempo enorme para os familiares; já um paciente usuário de crack, que fi-

que internado em uma comunidade terapêutica, se tudo correr muito bem, entre o internamento e o fim da ressocialização vão se passar de 90 dias a 12 meses.

Desde a reforma psiquiátrica no Brasil, o internamento forçado restringe-se a um período de no máximo 48 horas. Ainda assim, esse tempo é regulado por um critério de risco que justifique o internamento. Após esse período, o internamento só pode continuar se houver aceitação do paciente ou se ele for declarado incapaz, ficando aí sob a tutela de familiar ou do Estado.

Dificilmente, um dependente químico é considerado incapaz. Normalmente, após 48 horas, o efeito mais agudo da intoxicação foi embora e, com ele, também o risco que justificava o internamento. Para isso, então, é preciso entender a noção de risco que, muito habilmente, nos abre uma brecha para uma intervenção severa sobre a vida do indivíduo.

Basicamente, o conceito de risco deriva da capacidade de criar dano material, físico ou emocional a si mesmo e/ou à comunidade em que vive. Ou seja, o paciente atinge o nível de risco que justifica o internamento forçado quando ele coloca em risco sua vida ou a de outros. Essa é uma noção importante, pois quando nos referimos a outros problemas de saúde esses elementos marcadores são bem claros (enfarte, desmaio, derrame, tontura, etc.), mas quando pensamos em dependências químicas esses elementos demarcadores do risco são capazes de gerar um alargamento na tolerância social. Por exemplo, não vemos espontaneamente o nível de risco quando pensamos em um paciente vagando pela rua, de madrugada, em busca de sua droga; ou quando pensamos em um indivíduo reiteradas vezes conduzindo embriagado um veículo automotor, no entanto, o risco existe e é enorme, mesmo assim o internamento é procrastinado.

Essa estratégia de 48 horas de internamento tem a intenção de permitir o efeito da medicação que, bem receitada, deve diminuir os sintomas responsáveis pela geração do risco. Nesse período, a equipe de profissionais tem a possibilidade de intervir diretamente sobre o paciente, conduzindo entrevista, realizando terapias e administrando mais medicações, com o intuito de manter esse paciente sob a custódia da instituição.

No caso da dependência química, em geral, dois modelos de internamento estão à disposição dos pacientes: comunidades terapêuticas e clínicas e hospitais (públicas ou privadas)

Os hospitais, nos últimos 15 anos, mudaram suas rotinas de internamento e, seja pela rede pública (SUS) ou pela estrutura particular (convênios e dinheiro), os pacientes, em geral, ficam internados por um período de 15 a 30 dias, que podem ser prorrogáveis por mais uma quinzena, mas em geral são acompanhados por 30 a 45 dias de hospital dia (pacientes particulares ou de convênio) e por tempo indeterminado de CAPS AD (pacientes da rede pública de saúde).

Os tratamentos em clínicas e hospitais envolvem um largo sistema médico de saúde mental. Hierarquicamente organizados, médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente sociais, pedagogos, terapeutas ocupacionais e educadores físicos se revezam no acompanhamento terapêutico dos pacientes.

Custosos em suas equipes e em suas estruturas, as clínicas e os hospitais cumprem um importante papel no processo de mudança e reeducação cultural. Na saúde mental, como na saúde em geral, a comunidade responde à doença, tradicionalmente, com a busca do hospital e das clínicas. Os processos preventivos e ambulatoriais, normalmente disponíveis na rede descentralizada, acabam sendo colocados em segunda instância, também na saúde mental.

As comunidades terapêuticas começaram a surgir como reflexo natural do processo de desinstitucionalização da psiquiatria. Seguiram no Brasil, no início, dois modelos: método Minesota (baseado no modelo de A.A.) e o das comunidades religiosas.

Hoje, no Brasil, estimam-se cerca de duas mil comunidades terapêuticas atuando das maneiras mais variadas possíveis. Em geral, coordenadas, fundadas ou gerenciadas por duas vertentes de pessoas: egressos de outras comunidades trabalhando com recuperação, ou igrejas e comunidades religiosas.

Diferentes dos hospitais em sua estrutura, muito mais próxima de um lar comunitário do que de um hospital, elas tendem a apresentar uma estrutura mais enxuta tanto em seu corpo profissional como em sua constituição física. Comunidades terapêuticas urbanas e rurais costumam distribuir-se ao redor dos grandes centros urbanos.

Elas costumam oferecer tratamentos que variam de 90 dias a 12 meses e, quando bem estruturadas, oferecem programas paralelos ao tratamento, que incluem capacitação profissional, supletivo, ensino de línguas, esporte e laborterapia.

Apesar das grandes polêmicas envolvendo as comunidades terapêuticas nas mídias, elas são a principal forma de apoio ao tratamento de pacientes dependentes químicos, hoje. Sendo que, sozinhas, têm feito o papel do Estado frente à demanda cada vez maior de leitos para usuários de crack que não conseguem construir vínculos nos tratamentos ambulatoriais do CAPS.

Resumo

Nessa aula analisamos a questão da institucionalização e da internação em saúde mental. Vimos a diferença entre os padrões hospitalares e das comunidades terapêuticas, e vimos também a estratégia do internamento forçado com alternativa de abordagem para o tratamento.



Atividade de aprendizagem

- Qual sua opinião sobre o internamento forçado?

Aula 27 – A institucionalização de dependentes químicos

Nesta aula veremos o manejo do dependente químico no seu processo de tratamento. Veremos também o processo de tomada de decisão frente à institucionalização e a escolha da melhor estratégia de internamento.

Ao longo das últimas aulas reconhecemos a primariedade da dependência química frente a outras demandas de saúde mental e de saúde geral. Vimos também os critérios que definem o diagnóstico de dependência química e, a partir disso, pudemos entender o processo de institucionalização em saúde mental e as duas principais estratégias desse modelo de intervenção, disponíveis para a área.

O problema começa quando precisamos focar esse modelo de intervenção em um transtorno mental com características tão peculiares quanto a dependência química, cuja resistência natural do paciente é acompanhada por mecanismos de defesa fortemente estruturados para preservar o padrão de consumo. Além disso, a dependência química é um dos poucos problemas de saúde em que o tratamento implica um período agudo de sofrimento. Sim, o paciente que aceita o tratamento, ou seja, o desafio da desintoxicação, aceita passar por um período de abstinência em que dificilmente escapará de sofrer.

Mais do que isso, em problemas gerais de saúde ou em outros transtornos mentais, dificilmente o paciente terá, de forma tão intensa, a sua vida associada a sua doença. No caso do dependente químico, toda a sua estrutura de vida está atrelada à busca obstinada, ao consumo compulsivo e à recuperação das suas consequências (lembre-se dos critérios de tempo e importância). Ou seja, a vida gira integralmente em função da droga.

Quando, então, abordamos um paciente para entrar em recuperação, estamos convidando-o para um processo inicial de intenso sofrimento e agonia, seguido de um longo processo de reconstrução de uma vida que não tem referências senão a droga. Quem, em sã consciência, aceitaria um convite como esse? Sofrer e depois penar?

Digo isso com uma intensão muito própria, a empatia é, nesse caso, a chave para as nossas escolhas. Ninguém em sã consciência faria uma escolha espontânea de um tratamento como esse. Mas, muitas vezes, não conseguimos nos colocar nessa perspectiva, assim, deixamos o paciente com o estigma de teimoso, de complicado, de resistente e, por conta disso, acabamos não observando as 48 horas de internamento forçado como uma alternativa viável.

No caso da dependência química, enquanto houver consumo de droga ilícita, enquanto houver estado de intoxicação, aguda ou não, há a presença de risco. Assim, um bom planejamento de abordagem e institucionalização pode ser de grande valia.

No caso de um internamento forçado são poucas as comunidades terapêuticas que aceitam receber o paciente. E em geral quando o aceitam, se houver adesão ao internamento, com o passar dos dias a medicação (se houver) vai sendo suspensa. Nesses casos, as comunidades terapêuticas se apropriam da experiência vivida de seus técnicos, facilitadores e coordenadores para, nessas 48 horas, abordarem o paciente internado involuntariamente, para que ele aceite o tratamento.

Para tentar ajudar o paciente a permanecer na comunidade, todos os tipos de ferramenta são utilizados, tais como suspender os telefonemas e as visitas, instituir frequentemente grupos de depoimento, revezamento nas entrevistas e até técnicas como a de entrevista motivacional. A intenção é permitir ao paciente um sentimento simples e que, desde o início da ativa, está suspensa: a sensação de pertencimento. Ela surge da construção contínua de processos de identificação de sua história pessoal com a história daqueles que o abordam.

Além disso, em uma comunidade terapêutica, geralmente, na chegada, o paciente é recebido pelo grupo de terapia de forma calorosa e com um nível de confronto mais baixo. Assim, o acolhimento e o pertencimento, junto com a possibilidade de vínculos de identidade, criam os laços necessários para que em 48 horas surja a adesão ao tratamento.

No caso de um internamento voluntário é preciso ter claro que ele é sempre parcialmente voluntário, já que, se pudesse realmente escolher, dificilmente o paciente estaria ali. Assim, a voluntariedade tende a ter altos e baixos ao longo do período de internamento na comunidade terapêutica, fluindo de acordo com a capacidade de o paciente identificar-se com o processo de recuperação.

Dentro do processo, metas são traçadas. Essas metas estão associadas ao cumprimento de tarefas (64, 96 ou 100 tarefas em comunidades religiosas cristãs e, questionários ligados aos 12 passos em outras comunidades). Essas metas determinam a progressão do paciente dentro da vida comunitária, suas tarefas, castigos, trabalhos e, algumas vezes, o acesso ao telefone, à família e a ressocialização.

As comunidades de tratamento ligadas a Igrejas, em geral, se utilizam das 64 tarefas. Essas tarefas são questionários estruturados, que induzem a uma reflexão sobre a vida de ativa: a vida cristã. Os questionários também preparam para uma conduta assertiva frente à droga de adicção e para a retomada da vida social.

As comunidades que trabalham com os 12 passos têm também seus inventários, porém ligados à filosofia dos 12 passos aplicados ao A.A. ou ao N.A. Em geral, essas comunidades trazem para o seu espaço terapêuticos membros voluntários dos grupos de autoajuda e, por outro lado, levam os pacientes que atingiram as metas esperadas dentro do seu tempo de tratamento para participar dos grupos externos. A intensão com isso é a familiarização para a posterior saída de alta.

Algumas comunidades veem essa progressão como algo realmente sério, levando seus pacientes às tarefas que os colocam como voluntários e até como colaboradores da comunidade. Como os períodos de internamento são longos, a maior parte dos pacientes acaba, cedo ou tarde, recebendo benefício do INSS, podendo, assim, ficar o tempo mais do que o necessário em função de seus tratamentos.

No caso das clínicas e dos hospitais, a situação é um pouco diferente, enquanto nas comunidades terapêuticas o tratamento, em geral, é feito entre iguais; no hospital, a equipe médica assiste o paciente, ou seja, não há o fator identitário.

Quando o paciente é trazido forçadamente, a intervenção é a medicação injetável ou o grupo de oito. Ambas as ferramentas são importante frente a emergência e o risco. Depois dessa abordagem, lúcido ou desacordado, o paciente permanecerá por 48 horas sobre a tutela da equipe. A própria medicação, como é fornecida para o paciente, permite o afrouxamento dos mecanismos de defesa, facilitando a abordagem feita pela equipe.

Grupo de oito: essa é uma técnica de contenção física aonde membros superiores, inferiores e cabeça são contidos por enfermeiros ou pessoas capacitadas (em geral 4 a 8 pessoas) para que o paciente possa ser sedado ou amarrado coma camisa de força.

E lembre-se de que apesar do preconceito estigmatizante com essa abordagem, é preciso ponderar o risco e a eficácia da intervenção frente a esse risco.

Após as 48 horas, caso haja a aceitação de permanência na instituição, ou caso o internamento seja voluntário, o paciente permanecerá internado pelo período de 15 a 30 dias. São frequentes, no apoio ao tratamento, as consultas com psiquiatra, psicólogo, grupos terapêuticos, bem como a realização de atividades artísticas, recreativas e laborais.

Resumo

Nessa aula vimos as questões ligadas às estratégias de internação de pacientes dependentes químicos. Vimos também a diferença entre internação involuntária e voluntária e sua relação com hospitais e clínicas e comunidades terapêuticas.



Atividade de aprendizagem

- Sob sua responsabilidade, você aceitaria um paciente de internação involuntária? Por quê?

Aula 28 – Internação compulsória e internação involuntária

Nesta aula discutiremos os conceitos de internamentos involuntários e compulsórios. Diferenciaremos os dois conceitos para mapearmos ações claras para o paciente com necessidade de institucionalização.

Nenhum ser humano em plenas condições de vida tem por projeto ser engaiolado. Seja em um zoológico, circo, hospital chique ou em um hospital psiquiátrico, nenhum ser humano tem ou poderia ter como projeto pessoal o encarceramento. Portanto, todo internamento em saúde, assim como um processo prisional qualquer, é conceitualmente involuntário.

Se pudessem escolher, cardiopatas, diabéticos, pacientes oncológicos, dependentes químicos, todos refutariam o internamento pelo simples fato de que isso os priva do que tem de mais humano: a liberdade. Por mais confortável, humanizado, acolhedor e eficiente que seja, ainda assim, o internamento é uma privação da liberdade.

Além disso, quando o determinante imperativo é a saúde, além da involuntariedade temos a obrigatoriedade. Ou seja, quando o internamento é necessário, não cabe a vontade de o indivíduo escolher, pois, se quer sua saúde de volta, se almeja retomar o controle de seu fluxo natural de vida, ele precisa compulsoriamente passar pelo internamento.

Mas essa é uma visão de profissional da saúde. Em termos legais, esses elementos são bem distintos. Viemos, nas duas últimas aulas, construindo uma posição bastante clara e objetiva frente ao internamento e, principalmente, sobre o internamento involuntário, o qual tratamos como uma estratégia viável frente ao risco. Mais do que isso, na aula 27, vimos como em hospitais e comunidades terapêuticas as abordagens diferentes convertem o involuntário em aceitável.

Quando pensamos em dependência química, mais do que em outras áreas, a obrigatoriedade do tratamento é quase certa. Principalmente em pacientes usuários de crack, esse caráter compulsório é gerado pela dificuldade da

suspensão voluntária no uso da droga. Forçando, assim, a necessidade de intervenções que distanciem o paciente fisicamente da droga, incapacitando o acesso a ela. Do ponto de vista da saúde, o internamento se torna, então, um imperativo baseado na noção e no cálculo de risco.

Mas, e quando levamos em conta as noções jurídicas?

Bem, esse termo compulsório é, inicialmente, um termo jurídico que, com o passar do tempo, acabou sendo apropriado pelos profissionais de saúde, principalmente de saúde mental. Ele é importado de países onde os sistemas de saúde podem se responsabilizar juridicamente pelos tratamentos como forma de substituição de condenações penais.

O conceito de obrigatoriedade ou compulsoriedade, nesse caso, não diz respeito ao plano de tratamento, mas ao condicionamento jurídico do internamento à ausência ou diminuição de outras penalidades. Enquanto o conceito de **involuntário** diz respeito ao paciente que devido as suas condições (risco ou estratégia) é internado à força e a revelia de sua vontade.

Para haver a reintegração social, países como Suíça, os Estados Unidos, Alemanha e Canadá costumam aplicar como penas alternativas ao sistema carcerário o encaminhamento de seus condenados aos seus sistemas de saúde para passar por tratamentos psicossociais ou de saúde geral. Então, por uma condenação judicial, há a compulsoriedade do tratamento.

Nesses países, o sistema de saúde armazena os dados do paciente/condenado (frequência, metas, melhoras e colaboratividade), que servem de base para a avaliação do paciente por parte do sistema judicial, que acompanha a evolução do paciente/condenado. Isso parece um pouco atroz, em primeira instância, mas pense em uma situação muito próxima do ideal, em que o sistema de saúde pública é tão efetivo quanto o sistema privado (se não for melhor). Assim sendo, apesar da condenação, o que a justiça faz é permitir ao condenado uma chance de resgate social obrigatória.

O Estado se responsabiliza pela oportunidade de obrigar ao tratamento de saúde, mental ou não, antes de encaminhar esse indivíduo para o sistema prisional.

O tratamento compulsório vem dessa noção jurídica de obrigação ou condenação ao tratamento. No Brasil, por falhas em ambos os sistemas, jurídico

e de saúde, esse tipo de iniciativa seria de enlouquecer. Mas, ainda assim, temos isso previsto nos sistema penitenciário. Presídios específicos para pacientes considerados mentalmente incapazes são obrigatórios nos estados da federação. Nesses lugares, onde as penas deveriam ser cumpridas em forma de tratamento, pacientes poderiam ser encaminhados pelo sistema judiciário.

Hoje, tramitam em diversas instâncias governamentais e jurídicas projetos que tentam tornar compulsório o tratamento de pacientes usuários de crack. Iniciativas como essas vêm sendo testadas em São Paulo e Rio de Janeiro. Ainda é cedo para colhermos frutos quantitativos dessas iniciativas (todas datam de 2013 e 2014), mas podemos imaginar o afluxo desse público para o sistema de saúde e para as comunidades terapêuticas. Um público de 400 a 500 pessoas, condenadas ao tratamento compulsório a cada operação conjunta da polícia, do sistema judiciário e serviço social, um tratamento que, além de compulsório, ainda por cima é involuntário, absorvendo o SUS por meses a fio.

Essa é uma discussão importante, afinal de contas, a recuperação de dependentes químicos seria a linha de frente no atendimento a esse público. Coordenados pelas diversas instâncias (SUS, Secretárias de Bem-Estar Social) e dispostos em diversas frentes (comunidades terapêuticas, postos de saúde, ESF) esse trabalho receberia a responsabilidade de receber, acolher, tratar e monitorar tais pacientes, para fins de saúde e de justiça.

A compulsoriedade jurídica é uma tendência irreversível, humanizadora e responsável, principalmente na dependência química e, especificamente, em relação ao crack, talvez a única solução viável, em curto espaço de tempo. Ela tropeça, no Brasil, na dificuldade de operação logística policial, na morosidade judiciária e inoperância do SUS.

Resumo

Vimos nessa aula a diferença entre o internamento compulsório e o involuntário. Analisamos as questões que diferenciam a necessidade do internamento e a condenação ao tratamento. Discutimos também a questão do suporte a esse sistema no Brasil, sua importância como ferramenta social e as características nacionais ligadas a ele.

Atividade de aprendizagem

- Você acha viável a vinculação do sistema judiciário penal ao sistema de saúde no Brasil?

Aula 29 – Boas práticas na avaliação do estado mental

Nesta aula entenderemos os itens que compõem a avaliação do estado mental de pacientes. Também entenderemos como seu processo determina a presença ou ausência de um sintoma, essencial para o diagnóstico em saúde mental.

Ao longo de todo o livro discutimos, sob vários pontos de vista e a partir de diversos critérios (históricos, sociológicos, filosóficos, estatísticos, políticos, médicos, psicopatológicos, etc.) as questões que ligam a psicopatologia e a psiquiatria ao problema de dependência química. Mas, de maneira geral, tudo o que estudamos foi consequência de evoluções nas estruturas conceituais que observam e pensam o ser humano e, principalmente, seu padrão de interação com a vida pessoal, social e cultural.

Essa evolução das estruturas conceituais permitiu um detalhamento da investigação do padrão humano que, mesmo levando em conta os elementos mais subjetivos e individuais, mais culturais e diversificados, ainda assim é possível ter um quadro de psicopatologia, de transtornos mentais, aplicáveis em todo o mundo. Esse crivo de saúde mental é baseado no estudo e levantamento do exame do estado mental.

Esse exame é simples, e diferentemente de um teste, prova ou um exame físico de estruturas biológicas, pode ser feito ao longo de uma conversação simples, tal como em uma entrevista inicial de internamento, em uma consulta padrão de acompanhamento terapêutico e até em uma conversa informal.

A maior parte dos elementos que representam a adequação do estado mental à normalidade é conhecida, pelo menos informalmente, por todo mundo e, seus conceitos são usados aberta e publicamente por todos. Eles correspondem a uma lista de atividade internas (cognitivas) e externas (comportamentais) que precisam ou deveriam estar alinhadas às condições socio-culturais-ambientais do indivíduo.

Entre os elementos externos encontramos aqueles que podem ser vistos por um observador qualquer. Eles dizem respeito a padrões expressivos do indivíduo frente ao mundo externo, ou seja, aquilo que ele manifesta ao mundo, aquilo que apresenta ao mundo. De modo geral, são manifestações comportamentais ligadas a fala, aparência, agitação e atitude. Esses elementos não representam o que o indivíduo nem, sozinhos, representam o estado em que a pessoa se encontra, mas, acompanhados pelos demais critérios, reforçam a avaliação, permitindo uma confirmação do que é encontrado na avaliação interna.

Os elementos internos, infelizmente, não são visíveis e, por isso, precisam ser acessados. O caminho mais comum de acesso a esses elementos é a fala do avaliado. Muitas vezes, uma breve contação da história da vida é suficiente para um avaliador habilidoso constatar problemas em um ou mais elementos da avaliação.

Esses elementos internos dizem respeito ao funcionamento sensório (órgãos sensórios) e perceptivos (funcionamento cerebral ligado às sensações); ao funcionamento da atenção e da memória; ao estado de alerta, vigília e consciência; à orientação espaço-temporal, etc. Todos esses elementos são organizados pelas Funções Psicológicas Superiores, e para que funcionem perfeitamente é preciso que a estrutura biológica do Sistema Nervoso e suas conexões eletroquímicas estejam todas em perfeito estado.

Quadro 29.1: Elementos que constituem a avaliação do estado mental.

Elementos internos	Elementos externos
Consciência	Comunicação
Atenção	Atitude frente ao examinador
Senso-percepção	Comportamento
Orientação espaço-tempo	Aparência
Memória	
Inteligência	
Afetividade e humor	
Juízo	
Pensamento	
Conduta	

Fonte: elaborado pelo autor (2014).

Existem correlações diretas entre o funcionamento desses elementos e os transtornos mentais. Por exemplo, uma orientação espaço-temporal alterada dificilmente levará alguém para outra dimensão, mas pode em muitos casos

ser representativa de síndromes neurológicas como a doença de Alzheimer ou, como nos casos de alcoolismo grave, pode ser sinal de Síndrome de Korsakov, que é a perda de memória de curto prazo, não permitindo ao cérebro atualizar as informações referentes ao presente psicológico. Isso lacra o paciente em um período do passado que, angustiantemente, não bate com o reconhecimento geográfico e emocional encontrado no presente. Com essa síndrome, o cérebro acaba perdendo as informações periodicamente (em geral em períodos menores do que 5 minutos), assim, o paciente não consegue permanecer orientado no espaço e no tempo.

A senso-percepção, por outro lado, acaba alterada em pacientes em estados agudos de intoxicação. Na verdade, todas as drogas alucinógenas provocam algum tipo de alteração na senso-percepção (*cannabis*, LSD e ácidos). Essa alteração pode ser uma simples alteração proprioceptiva nos níveis de tensão, mas pode também ser um quadro complexo de alucinações auditivas, tácteis e visuais.

No caso de estados de consciência, essa alteração pode ter implicações severas quando da ingestão de álcool. A diminuição acentuada da vigília pode induzir apagamentos que, mesmo que o indivíduo continue atuando normalmente, não terá a fixação da memória nem o controle consciente de seus atos. Essa diminuição, que também ocorre com o uso dos benzodiazepínicos, pode incorrer em apagamento do SN, levando inclusive ao coma ou à morte.

Já o consumo de cocaína leva a uma avaliação errada de si e do mundo, induzindo o paciente a estados temporários de megalomania (efeito agudo), seguidos de profundos estados depressivos (efeito de médio prazo). Essa alteração no estado e na consistência do juízo altera a capacidade de tomadas de decisões e de moderação do comportamento emocional e sua adequação ao ambiente, o que frequentemente acaba por induzir comportamentos desviantes ou criminais em usuários.

Outro elemento interno simples de exemplificar e que está diretamente relacionado ao uso de drogas é a alteração do pensamento. Normalmente, em uma avaliação, o pensamento é reconhecido como uma fala interna. No caso de pacientes usuários de drogas alucinógenas, essa conversação interna, esse solilóquio, pode ser facilmente atribuída a elementos externos, sendo confundido com mensagens externas ao indivíduo. No caso do uso de drogas estimulantes, o conteúdo do pensamento é normalmente afliti-

vo (persecutório, como no caso da cocaína) e acelerado. Além disso, tanto no uso de drogas estimulantes quanto no uso de drogas alucinógenas, o pensamento aparece fragmentado e sem consistência com a realidade. No caso do álcool e de benzodiazepínicos, a desaceleração do pensamento é severa e, sob o efeito agudo dessas substâncias, pode influenciar o mau funcionamento de outros elementos da atividade mental, como a atenção, a memória e a conduta.

Existem correlações entre esses elementos e os estado de intoxicação ou os estados degenerativos causados pelo uso crônico de drogas. Mas, por outro lado, esses elementos também pontuam estruturas com mau funcionamento mental associado a comorbidades. Um exemplo simples disso é a relação entre o conteúdo do pensamento e a depressão. Nesse transtorno, o pensamento tem seu conteúdo invadido por elementos negativos mórbidos ou extremamente difíceis de serem debelados, mesmo com uma argumentação externa.

No caso da ansiedade, o conteúdo carregado de medo e culpa tão típicos do paciente ansioso remete há uma aceleração do pensamento e, por outro lado, da agitação motora. O juízo, em ambas as patologias, se torna crítico e contumaz em suas leituras do ambiente e do próprio indivíduo.

Essa leitura técnica dos sinais do funcionamento é fundamental no processo de tomada de decisão frente ao tratamento do paciente. Paciente com baixo estado de consciência, sem sinais motores evidentes, pode estar entrando em estado de coma e, necessariamente, precisa de um internamento em um hospital geral. Por outro lado, um paciente em estado de extrema agitação física precisa, muitas vezes, ser avaliado previamente a contenção para evitar um enfarte.

No médio e longo prazo, a constante reavaliação do paciente é primordial para a orientação e o apoio externo no tratamento. Sendo assim, periódicas avaliações do estado mental se fazem necessárias ao longo do acompanhamento do paciente para realinhar as estratégias de apoio.

Resumo

Nessa aula vimos os elementos que compõem a avaliação do estado mental. Relacionamos alguns desses elementos aos estados induzidos por algumas drogas de abuso e os transtornos mentais mais comuns. Vimos também à importância do alinhamento da avaliação às estratégias de tratamento.

Atividade de aprendizagem



- Construa, com os elementos da avaliação do estado mental, um breve questionário que permita levantar os dados necessários para a avaliação. Se necessário, faça uma rápida consulta na internet para encontrar modelos e instrumentos validados para a avaliação.



Aula 30 – Experiências/leituras não tradicionais de tratamento

Nesta aula investigaremos métodos não tradicionais nos tratamentos de saúde mental e da dependência química.

Vamos conhecer diversas experiências, tais como a de Nise da Silveira, a de Veeresh, a da ibogaína e a da ayahuasca. Vamos lá?

Nise da Silveira nasceu em Alagoas, em 1905. Formou-se em medicina em 1926, esteve presa e foi acusa de conspirações comunistas contra o governo da época. Desde o início de sua atuação como psiquiatra tinha profunda dificuldade de aceitar os métodos e procedimentos usados à época, contemporânea do surgimento dos grandes pensadores da saúde mental do início do século XX (Freud, Jung, entre outros). Percebia que eletroconvulsoterapia, sedações e contenções não eram esforços produtivos o suficiente para serem mantidos em voga.

A partir de 1944 começa a trabalhar no Centro Psiquiátrico Nacional Pedro II, no Rio de Janeiro. Por sua recusa à aplicação do eletrochoque, foi afastada da enfermaria do hospital e locada no setor de terapia ocupacional. Desprezada pela visão médica da época, revoluciona o setor baseando-se em um movimento simples: o uso da arte. Sua intenção era permitir aos pacientes psiquiátricos, através da arte, a expressão de seu inconsciente. As angústias, os medos, sofrimentos, as alegrias e revoltas, antes reprimidas atrás dos impedimentos gerados pela doença, pelo ambiente e pelos castigos, receberam, então, espaço de manifestação.

Mais importante que o resultado artístico, Nise da Silveira é celebrada junto à saúde mental brasileira por seu olhar sobre a loucura. Diferente de sua época, ela conseguiu olhar o que havia atrás dos estigmas, conceitos e preconceitos. As obras produzidas entre 1944 e 1952 serviram para fundar o Museu de Imagens do Inconsciente. Seu trabalho foi aplaudido por Jung, de quem foi aluna supervisionada. Seu trabalho foi transformado em filme (Imagens do Inconsciente).

Mas, de novo, o mais importante foi sua capacidade de vislumbrar alternativas em meio ao que estava preestabelecido em seu meio de trabalho. O crédito que depositou sobre a arte de seus pacientes e a competente análise das projeções simbólicas manifestadas ali permitiram que ela abordasse seus pacientes de forma humana e reintegradora.

Tanto foi que em 1957, em Zurique (Suíça), por influência de Jung, Nise expôs em cinco salas do II Congresso Internacional de Psiquiatria sua a "A Arte da Esquizofrenia".

Depois de falecida, deixou como legado um universo de manifestações artísticas de seus pacientes e um vasto conhecimento transferido aos seus alunos em inúmeros cursos e aulas e através de seu grupo de estudos junguianos.

Sua obra, sua vida e seu legado científico são parte da força impulsionadora da reforma psiquiátrica brasileira e da legislação que a acompanhou. Falecida em 1999, pôde ainda ver ocorrer o processo de humanização em muitos hospitais e clínicas psiquiátricas por meio da arte e outras alternativas desenvolvidas como fruto de sua inspiração.

Hoje, instituições sérias apropriam-se da arte terapia como ferramenta de terapia ocupacional ou como método de análise, mas sempre de forma a aproximar o paciente de um espaço de respeito frente a estrutura massiva da instituição, humanizando, assim, equipe, pacientes e muros.

Outra experiência que vale ser narrada é a de Veeresh. Usuário e dependente de heroína vivia pelas ruas da Holanda quando, nos anos 1980 conheceu um mestre indiano. Condoído por seu sofrimento, o mestre Osho Rajneesh trouxe-o para perto de si e, durante muitos anos, manteve-o sob a sua particular supervisão na Índia.

Durante esses anos, Veeresh aprendeu a meditar através da técnica de seu mestre. A meditação, segundo narra, o ajudava a diminuir a compulsão, agressividade e a entrar em contato consigo mesmo. Com a morte de seu mestre, em 1992, Veeresh retornou para a Holanda onde, desde então, mantém um trabalho de referência na Europa.

Seus pacientes, residentes em seu retiro de meditação, são convidados a praticar meditação, arte, terapias corporais e atividades ligadas ao desenvolvimento intuitivo e criativo. Sem cunho religioso, o centro de recuperação

credita o desenvolvimento do contato consigo mesmo e com o mundo e, como consequência, a liberdade da dependência química, ao desenvolvimento espiritual alcançado com a meditação, a arte e a terapia corporal.

No Brasil, grupos localizados em Brasília e São Paulo se propõem a um trabalho similar, baseado no que é oferecido na Holanda. Esses grupos recebem residentes, sempre por uma entrada voluntária, e, principalmente, sem o compromisso obrigatório de permanência. Lá, residentes dependentes químicos e residentes que buscam a meditação se reúnem em busca dessa integração entre mente e corpo através das práticas aprimoradas por Veeresh.

Trabalhos como esses, de Nise da Silveira e de Veeresh, exigem de seus profissionais um descenso da cadeira magistral de suas profissões e uma necessária humanização do ponto de vista de seus pacientes e residentes. Ou seja, é preciso ver aquele a quem se trata como igual. No caso da loucura, isso é um exercício mais fácil, muitas vezes feito pelo próprio processo de pena, que, com o passar dos dias, se transforma em empatia e, por fim, em igualdade.

Mas no caso da dependência química, o processo de afastamento social e de criminalidade pelo qual o paciente passa acaba dificultando essa aproximação. Além disso, as manipulações e os quadros de desvio usados como estratégia para a recaída acabam, por fim, deixando profissionais e familiares apreensivos e distantes.

Outra situação que vale ser abordada é a questão da massa. Hoje, comunidades terapêuticas e hospitais têm, em seu quadro de internos, entre 50 e 300 pessoas em tratamento ao mesmo tempo. Isso dificulta um manejo, um olhar, um abraço humano. Esses tratamentos são em massa por dois motivos (segundo gestores e coordenadores): o preço dos tratamentos e o valor das verbas do SUS.

Estratégias alternativas para os tratamentos em massa têm sido buscadas e, no Brasil, grupos fazem experiências sérias com um produto derivado de um vegetal, conhecido como ibogaína. Segundo a teoria que envolve o uso do fármaco, a ibogaína encobriria os receptores neuronais, erradicando a fissura e a compulsão. Isso facilitaria o processo terapêutico posterior e aumentaria, então, as chances de recuperação do paciente.



Figura 30.1: Ibogaína
Fonte: Domínio público/Wikimedia Commons

Não existem, ainda, evidências científicas que refutem ou afirmem o uso da ibogaína no tratamento da dependência química. Observações clínicas têm favorecido o uso da substância, mas seu uso ainda não é autorizado pelo governo de nenhum país. Ainda segundo esses relatos clínicos, os pacientes precisam ter essas doses administradas por profissionais, pois a própria ibigaína tem efeitos psicoativos que desorganizam os processos cognitivos por várias horas.

Existem também diversos relatos de dependentes químicos que, ao ingressarem nos rituais ligados à ayahuasca, desenvolveram a capacidade de não sentirem mais a necessidade de usar outras drogas.

De novo, como no caso da ibogaína, a teoria é a do cobrimento dos receptores neurais que, então, deixam de enviar informações de fissura e compulsão.

Não existem publicações científicas que refutem ou afirmem o funcionamento da ayahuasca nesse sentido. Na Espanha, onde a ayahuasca tem sido usada como droga recreativa estão sendo realizadas pesquisa inclusive com humanos.

Ambas as drogas apresentam, em seus relatórios, poucos efeitos colaterais de longo prazo, mas apresentam uma taxa indicativa de potencial de abuso – e por não serem aceitas como medicações legais no Brasil, não podem ser recomendadas aos pacientes.

Resumo

Nessa aula vimos algumas estratégias de humanização no tratamento da dependência química. Essas estratégias compõem um olhar diferente sobre o próximo, permitindo ao profissional encontrar o humano por traz do problema de saúde, seja ele qual for. Vimos também que essas estratégias podem envolver a arte e a meditação. Mas, apesar de todo processo humanizador, o gargalo de logística do SUS continua a afastar essas alternativas de nosso pacientes.

Atividade de aprendizagem



- Ao longo de sua carreira com o tratamento da dependência química, procure sempre ter lápis de cor e papel próximo de você, e quando o diálogo não for possível, convide seu paciente a criar. Colecione os desenhos e as pinturas, dobraduras e esculturas até que você tenha a sua própria história clínico-artística para contar.

Currículo do professor-autor

Possui graduação em Curso de Formação de Psicólogo pela Universidade Tuiuti do Paraná (2000) e mestrado em Educação, Comunicação e Tecnologia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (2006). Tem experiência na área de Psicologia com ênfase em Desvios de conduta, atuando principalmente nos seguintes temas: comunidade de prática, interatividade, anxiety, scales, cbt, dependência química e comunidade virtual. Mestrando em filosofia pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná.