

ERIKA CHRISTYANE GARMS

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E A INTERVENÇÃO DO ESTADO

Monografia apresentada ao Departamento do Curso de Direito do IMESA (Instituto Municipal de Ensino Superior), como requisito para a conclusão de Curso de Bacharel em Direito, sob a Orientação específica do Prof. Ricardo Fracasso, e Orientação Geral do Prof. Dr. Rubens Galdino da Silva

Assis - SP
2011

DEPENDÊNCIA QUÍMICA E A INTERVENÇÃO DO ESTADO

ERIKA CHRISTYANE GARMS

Monografia apresentada ao Departamento do Curso de Direito do IMESA (Instituto Municipal de Ensino Superior), como requisito para a conclusão de Curso de Bacharel em Direito, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Orientador: Prof. Ricardo Fracasso

Analisador: _____

Assis - SP
2011

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo olhar atento e cuidadoso em todos os momentos de alegria e tristeza, sempre me apoiando e incentivando até o final desta jornada.

Aos mestres que contribuíram com sabedoria para minha formação.

Deus por me permitir viver e conquistar mais essa vitória.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha querida avó Norma Garms e minha tia Solange Garms Gonçalves pelo suporte, incentivo e perseverança aos longos desses anos.

Aos meus pais Wanderley Garms Jr. e Suely Bertholdo pela paciência e esperança na conquista dessa vitória.

Às minhas filhas Caroline Garms e Giulia Garms Rosa pela compreensão e amor.

Ao meu tio Waldiney Garms (in memorian), por sempre acreditar em mim e ao meu avô Wanderley Garms (in memorian), que esperava por essa conquista.

Deus principalmente pela constante presença em minha vida.

RESUMO

O trabalho exercido pelas comunidades terapêuticas (terapêuticas (CTs), prestadoras de serviços na área da dependência química, junto àqueles que desejam e/ou necessita de tratamento, carece de uma melhor compreensão a partir das significativas mudanças ocorridas, do ponto de vista legal e nas políticas públicas de Saúde e de Assistência Social, determinando-lhes novas diretrizes e parâmetros de atuação. Este texto é resultado de uma reflexão sobre o trabalho desenvolvido pelas comunidades terapêuticas que atuam na dimensão do tratamento, recuperação e reinserção social, tendo como premissa o internamento e a abstinência total do uso de SPAs. O objetivo é discutir a interface das políticas com as comunidades terapêuticas no atendimento aos usuários de substâncias psicoativas, focando as respectivas competências de cada instância. Busca resgatar que o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD), é espaço privilegiado para a articulação entre as políticas públicas envolvidas neste tratamento.

Palavras-chaves: dependência química, políticas públicas e comunidades terapêuticas.

ABSTRACT

The work conducted by the therapeutical communities serving the chemical addiction area, with the psycho active substances user/addicted who wish or need a treatment, needs a better understanding because of the significant changes occurred, from the legal point of point of view and in the public health and Social Work policies, with new directions and parameters. This is text brings a reflection about the work developed by the therapeutical communities that act in the treatment dimension, recovery and social reinsertion, with the premise of admission and total abstinence of SPAs. The purpose if to discuss the interface of public policies with the therapeutical communities in serving psychoactive substances users, focusing the respective competencies in each instance. It tries to rescue that the Anti-drugs Municipal Council (COMAD) is the privileged space for the articulation between the public policies involved in this service.

Key-works: chemical addiction, public policies, therapeutical communities

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	8
1. DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS	9
1.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA	9
1.2 - AS DROGAS E SUA CLASSIFICAÇÃO	10
1.3 DROGAS LÍCITAS	11
1.3.1 Efeitos no organismo e no psiquismo (são similares aos efeitos da cocaína)	14
1.3.2 Consumo no Brasil	15
1.4 DROGAS ILÍCITAS	16
1.4.1 Sintomas	21
2. DOS DEPENDENTES QUÍMICOS	22
2.1 O QUE FAZER A RESPEITO	22
2.2 - COMO ESTAMOS LIDANDO COM O PROBLEMA	23
2.3 - FATOS SOBRE AS DROGAS	23
2.4 - COMO AS DROGAS AFETAM A MENTE	24
2.5 - UM MUNDO PARALELO: A ANESTESIA DAS EMOÇÕES	26
2.6 - A CODEPENDÊNCIA	27
3. DAS POLÍTICAS PÚBLICAS	28
3.1 - O ESTADO E A ATENÇÃO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA	28
3.2 O CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS- COMAD	34
4. CONCLUSÃO	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38

INTRODUÇÃO

A dependência química é considerada hoje como uma epidemia social, pois abrange toda gama da sociedade, desde a classe social mais alta a mais baixa. Não obstante a legislação brasileira proíba a venda e consumo de substâncias químicas como o álcool e tabaco por menores de 18 anos, infelizmente esta venda se torna frequente, pois os adolescentes não têm problema algum para consegui-las.

Como é notório existem as drogas lícitas e as ilícitas. As drogas lícitas são aquelas quem tem sua venda e consumo liberado para maiores de 18 anos, e que seu uso, conseqüentemente não lhe trará nem um problema judicial, no que diz respeito ao uso, porém o seu abuso faz com que a pessoa se torne agressiva com outras pessoas, pode dirigir embriagado, e esses são motivos para gerar problemas judiciais. Como exemplos de drogas lícitas têm: tabaco, álcool, cola, café dentre outras.

As drogas ilícitas são aquelas que têm sua venda e consumos proibidos para qualquer faixa etária, visto que seu uso lhe trará como conseqüência primordial os problemas judiciais. Estas drogas são: Maconha, cocaína, crack, ecstasy, heroína dentre muitas outras.

Os usuários tanto das drogas lícitas quanto das ilícitas dizem que o faz, porque, elas lhe proporcionam um bem estar físico, mental, uma maior disposição para a sexualidade, uma felicidade imensa, porém, o seu uso exagerado, faz a pessoa desenvolver a dependência, isto é, para sentir esses prazeres necessita estar sob uso da substancia, e quando não a consome desenvolve a chamada abstinência, que é uma síndrome que se caracteriza por todos os efeitos controversos aos do uso, como por exemplo, apatia, medo, disfunção sexual.

Diante do exposto o trabalho tem como objetivo geral a obtenção de conhecimento a cerca da dependência química e respectivamente drogas lícitas e ilícitas.

1. DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

1.1 DEPENDÊNCIA QUÍMICA

A Organização Mundial da Saúde – OMS determina a dependência química como um estado psíquico e físico que sempre abrangem uma compulsão de modo consecutivo ou periódico, podendo determinar várias doenças crônicas físico-psíquicas, com sérios distúrbios de comportamento (LEIVA et al., s/d).

Pode também, ser consequência de fatores biológicos, genéticos, psicossociais, ambientais e culturais, considerada hoje como uma epidemia social, pois abrange toda gama da sociedade, desde a classe social mais alta a mais baixa (LEIVA et al., s/d).

Para GALDURÓZ et al., apud, FERIGOLO (2004) embora a legislação brasileira proíba a venda e distribuição de bebidas alcoólicas e tabaco a menores de 18 anos, a maior parte das crianças e adolescentes não tem problemas para conseguir essas substâncias. Maconha, cocaína e solventes são as drogas ilícitas mais usadas pelos jovens, ultrapassando os ansiolíticos, alucinógenos, anorexígenos e barbitúricos.

De acordo com ANDRADE et al., (2004), o uso anexado com vários tipos de substâncias é cada vez mais comum entre os dependentes químicos. Segundo pesquisas os resultados distinguem uma forte associação entre o uso de drogas lícitas com as ilícitas. Os usuários de álcool têm de 10 a 11 vezes mais risco de ser consumidor de solventes ou maconha do que os adolescentes que não usaram álcool. Além disso, os usuários de tabaco têm dez vezes mais risco de serem consumista de maconha, e tanto o uso de álcool como o de tabaco aumentaram o risco de consumir cocaína em oito vezes. Devido a essas fortes associações, pode-se concluir que os adolescentes em risco social, aumentam-se evidências da associação do uso de drogas lícitas e de cocaína.

PECHANSKY et al., apud FERIGOLO (2004) afirma que quanto mais cedo o indivíduo começar o uso de álcool ou tabaco, maior será a probabilidade para o desenvolvimento de abuso ou dependência das mesmas substâncias e uso

concomitante de drogas ilícitas. De acordo com a teoria de progressão do uso de drogas, os adolescentes envolvem-se inicialmente com o álcool, passam para a maconha e, em uma terceira fase, para drogas mais pesadas, como a cocaína (PECHANSKY, et al., apud. FERIGOLO, 2004). Ainda há ampla discussão a respeito de se cada uma das drogas usadas serve como fator de risco para o consumo de múltiplas drogas ou de drogas mais pesadas, ou se o uso das várias drogas é pertinente com os fatores individuais, biológicos, sociais ou culturais dos indivíduos.

Segundo BECK et al., apud ARAUJO (2008) para a Organização Mundial de Saúde (OMS) fissura é uma vontade de repetir a experiência dos resultados de uma dada substância. Esta vontade pode acontecer tanto na fase de consumo quanto no começo da abstinência, ou após um longo tempo sem fazer uso da droga costumando vir seguido de alterações no humor, no comportamento e no pensamento. A fissura pode ser classificada em quatro tipos: como resposta à síndrome de abstinência; como resposta à ausência de prazer; como resposta dependente de estímulos relacionados às substâncias psicoativas; e como tentativa de intensificar o prazer de determinadas atividades (BECK, et al., apud ARAUJO, 2008).

1.2 - AS DROGAS E SUA CLASSIFICAÇÃO

Categorias de Drogas

Depressoras

Bebidas Alcoólicas – Calmantes – Codeína – Barbitúricos - Inalantes

Estimuladoras

Cocaína – Anfetaminas – Cafeína – Crack – Nicotina – Oxi

Perturbadoras

Maconha - Ácido Lisérgico – Ayahuasca – Cogumelo - Ecstasy

1.3 DROGAS LÍCITAS

Drogas lícitas são aquelas consentidas por lei, as quais são compradas praticamente de maneira livre, e seu comércio é legal. Entre elas estão os medicamentos em geral os quais só são permitidos sob prescrição médica, o cigarro, além dos alimentos: energéticos, café, refrigerantes, chocolates, muitos outros que contêm substâncias que podem ser consideradas drogas, pois levam de alguma maneira as sensações de quem as ingere (ARAÚJO, 2008).

O álcool que é uma bebida psicotrópica. Além de causar dependência, altera o comportamento. Iniciando com uma alteração no humor acompanhada de uma euforia, vindo à sonolência, onde o indivíduo não possui mais sua coordenação motora e apresenta comportamento depressivo. Acontecendo devido ao fato de o álcool agir diretamente no sistema nervoso central (ARAÚJO, 2008).

Conforme Araújo (2008), alguns medicamentos são empregados de maneira abusiva, causando problemas de saúde e até mesmo dependência. Exemplos: anabolizantes, medicamentos com alta dose de hormônios concentrados pode causar alterações no metabolismo do corpo e até impotência sexual; descongestionantes nasais: remédios utilizados para desobstruir o nariz, podem causar dependência e crises de abstinência benzodiazepínicos: tranqüilizantes, utilizados para induzir ao sono ou para reduzir a ansiedade, nervosismo e xaropes: utilizados para controlar a tosse ou dificuldade de respiração, podem conter substâncias semelhantes às do ópio, causando dependência; anorexígenos: medicamentos utilizados para reduzir o apetite, controlando, assim, o peso.

Como os medicamentos causam reações químicas, pode observar uma variação das mesmas devido às substâncias que o medicamento pode encontrar no corpo.

Existem ainda outras substâncias que causam dependência, mas que são vendidas livremente para outros fins como a cola de sapateiro e o hypnol. Ao ingerir determinada substância o metabolismo interrompe a produção da mesma, já que a quantidade existente no corpo é suficiente, caso a substância continue sendo

ingerida, o corpo para de produzi-la, caso ela deixe de ser introduzido, o corpo não voltará imediatamente a produzi-la. É nesse intervalo de tempo que acontecem as crises de abstinência, tão comuns para quem está deixando de consumir determinada droga (ARAÚJO, 2008).

- **Tabaco:** Uma variedade de formulações de terapias de substituição da nicotina existe agora, incluindo o adesivo, spray, gomas, pastilhas, e que estão disponíveis ao balcão. Além disso, existem dois medicamentos de prescrição para o vício do tabaco: bupropiona e vareniclina. Eles têm diferentes mecanismos de ação no cérebro, mas os dois ajudam a prevenir recaída em pessoas que tentam parar de fumar. Cada uma das medicações acima é recomendada para uso em combinação com tratamentos comportamentais, incluindo terapias de grupo e individual.
- **Álcool:** Existem três tipos de medicamentos para o tratamento da dependência de álcool: a naltrexona, acamprosato e, dissulfiram. Naltrexona bloqueia os receptores de opióides que estão envolvidos nos efeitos gratificantes de beber e no desejo por álcool. Ela reduz à recidiva beber pesado e é altamente eficaz em alguns, mas não todos os pacientes, esta é provavelmente relacionados a diferenças genéticas. O acamprosato é pensado para reduzir os sintomas de abstinência prolongada, como insônia, ansiedade, agitação, disforia (um estado emocional desagradável ou incômodo, como depressão, ansiedade ou irritabilidade). Pode ser mais eficaz nos pacientes com dependência grave. Dissulfiram interfere com a degradação do álcool, resultando no acúmulo de acetaldeído, que, por sua vez, produz uma reação muito desagradável, que inclui rubor, náuseas e palpitações.
- **Benzodiazepinas** - Pertencente ao grupo de fármacos ansiolíticos, esta droga é usada no tratamento sintomático da ansiedade e insônia. A benzodiazepina vem em forma de comprimido e seu uso causa dependência psicológica e física, dependente da dosagem e duração do tratamento. A dependência física estabelece-se após 6 semanas de uso, mesmo que moderado. Os problemas de dependência e abstinência são comparáveis aos

de outras substâncias que causam dependência, tendo-se transformado, nos países aonde há um uso mais generalizado, num problema de saúde pública, que só agora começa a ser reconhecido na sua verdadeira escala. Os benzodiazepínicos foram amplamente prescritos no tratamento dos transtornos ansiosos durante toda a década de 70, como uma opção segura e de baixa toxicidade. A empolgação inicial deu lugar à preocupação com o consumo ao final da mesma década: pesquisadores começavam a detectar potencial de uso nocivo e risco de dependência entre os usuários de tais substâncias. Atualmente, os BDZs ainda possuem indicações precisas para controle da ansiedade e como tratamento adjuvante dos principais transtornos psiquiátricos, mas continuam sendo prescritos de modo indiscriminado, tanto por psiquiatras quanto por médicos de outras especialidades.

- **Xaropes** - Os xaropes são formulações farmacêuticas que contêm grande quantidade de açúcares, fazendo com que o líquido fique "viscoso", "meio grosso" ("xaroposo"). Neste veículo ou líquido coloca-se então a substância medicamentosa que vai trazer o efeito benéfico desejado pelo médico que a receitou. Assim, existem xaropes para tosse onde o medicamento ativo é geralmente a codeína ou o zipeprol. A codeína é extraída do ópio, assim como a morfina. O zipeprol pode atuar no nosso cérebro, fazendo a pessoa sentir-se meio aérea, flutuando, sonolenta, vendo ou sentindo coisas diferentes. E com frequência leva também a acessos de convulsão, o que é obviamente bastante perigoso.
- **Moderadores de apetite** - Anorexígenos ou moderadores de apetite são medicamentos à base de anfetamina, com a finalidade de induzir a falta de apetite, ou seja, são os tão solicitados remédios para emagrecer. Esses remédios podem causar efeitos colaterais como: humor instável, dor de cabeça, depressão nervosa, irritabilidade, dentre outros. Tais efeitos dependem do tempo de uso e do organismo de quem usa. A anfetamina é uma droga sintética de efeito estimulante da atividade cerebral. Os usos clínicos mais comuns são como moderador de apetite e no tratamento de pacientes com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade. Como moderador de apetite é indicado somente em casos de Obesidade Mórbida,

pois causa dependência. As anfetaminas também são conhecidas como "Rebite", pelos motoristas que precisam dirigir horas seguidas sem descansar, pelo seu efeito inibidor do sono, assim como "Bola" para estudantes e hoje em dia, usado como droga, o conhecido "Ecstasy".

1.3.1 Efeitos no organismo e no psiquismo (são similares aos efeitos da cocaína)

No organismo, a pessoa sob o efeito de anfetamina tem insônia, aumento da capacidade física, perda de apetite, suor, calafrios e a pupila dilata, enquanto que no psiquismo, apresenta sintomas como euforia (energia), fala acelerada, sensação de poder, irritabilidade e prejuízo do julgamento.

Além disso, a pressão arterial é elevada e há taquicardia, podendo gerar infarto agudo do miocárdio ou arritmias cardíacas. No cérebro podem ocorrer acidentes vasculares (derrames) e isquemias, acarretando como consequência neste último caso, diminuição da atenção, concentração e memória. Convulsões é outro efeito do uso de anfetamina pela elevação da temperatura do corpo.

A redução da sensação de fadiga ocasionada pela anfetamina pode ser prejudicial, já que ao disfarçar o cansaço provoca um esforço excessivo para o corpo. Porém, quando o efeito da droga passa o usuário sente uma grande falta de energia e depressão, não conseguindo nem realizar as tarefas que fazia anteriormente ao uso.

É comum que pessoas que usam anfetamina com o objetivo de perder peso, voltem a engordar quando interrompem seu uso. Assim, sua indicação é mais adequada a pacientes com Obesidade Mórbida.

Apesar disso, grande parte dos usuários de anfetaminas são mulheres e muitas delas sofrem (sem saber) de Transtorno Dismórfico Corporal, ou seja, tem uma percepção distorcida do seu corpo.

O uso indevido e prolongado pode provocar alterações psíquicas, lesões cerebrais e aumenta o risco de convulsões e overdose.

1.3.2 Consumo no Brasil

O Brasil é um dos maiores consumidores de medicamentos anfetamínicos e a maior parte dos usuários são mulheres que os utilizam para emagrecimento. Os anfetamínicos encontrados em farmácias no Brasil, obtidos a partir do Dicionário de Especialidades Farmacêuticas, estão apresentados conforme abaixo:

A anfetamina estimula sistemas do organismo que tornam a pessoa dependente da droga, além de diminuir o apetite e o sono, causar sensação de euforia e bem estar e dar mais disposição.

Para o psiquiatra do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas e especialista em dependência química, Artur Guerra, não há um paciente que se beneficie com esses medicamentos. “Busca-se um efeito que o remédio não dá (erradicar a obesidade) e outro secundário, que é a energia, a excitação que a substância provoca. Essas drogas podem causar dependência grave. Foi acertada a decisão da Anvisa”, afirma.

O clínico geral e endocrinologista da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) Pedro Saddi também considera correto o rigor para a venda desses medicamentos e explica que, além da dependência, as drogas deixam de fazer efeito após um período e a dose precisa ser aumentada.

Saddi diz que a dependência pode ser física ou psicológica. “(O paciente) muda o foco. Antes tomava para emagrecer e depois pode deixar de realizar atividades para conseguir o medicamento, sintoma da dependência, e sentir falta da sensação de bem estar.” Além disso, esses remédios causam efeitos adversos, como boca seca, dor de cabeça, psicose, taquicardia, nervosismo e até perda de libido. Apesar dos males, Saddi acredita que as drogas são importantes para tratar obesos, pessoas com sobrepeso e que precisam emagrecer por conta de problemas de saúde. Mas o tratamento deve ter acompanhamento médico multidisciplinar. “O remédio não é fórmula mágica. Tomado isoladamente não resolve nada.”

1.4 DROGAS ILÍCITAS

Drogas ilícitas são as cuja comercialização é proibida pela justiça, estas também são conhecidas como “drogas pesadas” e causam forte dependência, entre as principais estão a maconha, uma das drogas mais usadas no Brasil, por ser barata e de fácil acesso nos grandes centros urbanos tendo como efeitos: euforia, sonolência, sentimento de felicidade, risos espontâneos, perda de noção do tempo e espaço (ARAÚJO, 2008).

Araújo (2008), afirma que a cocaína, produzida a partir de folhas de coca, e geralmente é um pó branco, mas com outras formas de produção pode-se chegar à uma pedra (crack), apresentando como efeitos: sensação de estar mais forte, inteligente, energético, ativo, falta de apetite, ansiedade, sensação de estar sendo perseguido (alucinação), observado, agressivo, aceleração dos batimentos cardíacos, pupilas dilatadas e se utilizadas em altas doses, poderá causar convulsões, dor de cefaléia, tonturas, perda de interesse sexual.

Drogas estimulantes, como: crack, ecstasy, cocaína, maconha, LSD, causam o aumento da adrenalina, uma sensação de alerta, o aumento dos batimentos cardíacos podendo levar até ao ataque cardíaco. Há ainda o grupo dos opiáceos, onde se encontra a heroína, a qual afeta a maioria das funções do corpo humano (ARAÚJO, 2008).

- **Cocaína** - A cocaína é uma droga é uma droga psicoativa que estimula e vicia, promovendo alterações cerebrais bastante significativas. A mesma é extraída da folha seca da coca, e se consumida por muito tempo, ocasiona danos cerebrais e diversos problemas de saúde. Devido aos efeitos de euforia e prazer que a cocaína proporciona, as pessoas são seduzidas a utilizá-la para vivenciar sensações de poder, entretanto tais efeitos têm pouca duração. Logo o individuo entra em contato com a realidade, aspecto que desperta uma grande ansiedade em poder utilizá-la novamente. Aceleração ou diminuição do ritmo cardíaco, dilatação da pupila, elevação ou

diminuição da pressão sanguínea, calafrios, náuseas, vômitos, perda de peso e apetite são alguns dos efeitos biológicos da cocaína.

- **Ecstasy** - O MDMA é uma droga sintética e psicoativa com propriedades estimulantes e alucinógenas. Popularmente é também conhecida como ecstasy e droga do amor. Primariamente usada em boates e raves, está sendo cada vez mais usada em vários outros círculos sociais. O MDMA é usualmente ingerido na forma de pílula, mas alguns usuários fazem uso por inalação, injeção, ou supositório. O ecstasy é neurotóxico. Além disso, em altas doses pode causar aumento agudo da temperatura corporal (hipertermia maligna), o que pode levar a lesão muscular e insuficiência dos rins e sistema cardiovascular. Foi demonstrado que o MDMA causa lesão cerebral, afetando os neurônios. Entre os distúrbios psicológicos podemos citar a confusão, depressão, distúrbios do sono, ansiedade grave e paranóia. E os problemas físicos podem incluir a tensão muscular, náuseas, visão borrada, desmaio, calafrio ou sudorese. O uso dessa droga também tem sido associada com um aumento na frequência cardíaca e pressão arterial, o que é especialmente perigoso para pessoas com doença circulatória ou cardíaca.
- **Heroína** - Heroína é uma droga que leva a dependência facilmente. É uma droga processada da morfina e apresenta-se usualmente como um pó branco ou marrom. O abuso da heroína está associado com graves problemas físicos, incluindo overdose fatal, aborto espontâneo, colapso venoso e doenças infecciosas, incluindo HIV/AIDS e hepatite. Complicações pulmonares, incluindo vários tipos de pneumonia, podem resultar da condição de saúde precária do usuário, assim como do efeito depressor da heroína na respiração. Além dos próprios efeitos da heroína, a droga pode conter aditivos que não se dissolvem bem e resulta em obstrução dos vasos sanguíneos dos pulmões, fígado, rins ou cérebro. Isso causa infecção ou mesmo a morte de parte desses órgãos vitais.
- **Inalantes** - Os inalantes são substâncias químicas voláteis que produzem efeitos psicoativos. Uma variedade de produtos usados no ambiente doméstico e no trabalho contém substâncias que podem ser inaladas. Muitas

peessoas não vêm produtos como tinta-spray, colas, e fluidos de limpeza como drogas porque nunca tiveram a intenção de usá-los para obter um efeito intoxicante, entretanto crianças e adolescentes tem acesso fácil a esses produtos e estão entre o grupo de maior risco de abuso dessas substâncias extremamente tóxicas. Dentre as substâncias inalantes encontram-se os solventes (thinner, removedores, fluidos de limpeza, gasolina, cola) e gases (butano, propano, aerossóis, gases anestésicos, etc). Quase todos os inalantes produzem efeitos similares aos anestésicos, que agem diminuindo as funções do organismo. A intoxicação usualmente dura apenas alguns minutos. Entretanto, alguns usuários apresentam o seu efeito por muitas horas pela inalação repetida. Inicialmente, os usuários podem sentir um efeito estimulador e inalações sucessivas podem os tornar menos inibidos e com menos controle. Se usado continuamente, pode provocar a perda de consciência. Estes produtos podem induzir diretamente a parada cardíaca e morte dentro de poucos minutos de uma única sessão de uso prolongado. Altas concentrações de inalantes podem também causar morte por sufocação por deslocar o oxigênio dos pulmões. Deve-se estar atento mesmo para o uso de aerossóis e produtos voláteis para seus fins legítimos (como pintura, limpeza, etc), que deve ser feito em ambientes bem ventilados, para evitar seus efeitos prejudiciais. O abuso crônico de solventes pode causar danos graves ao cérebro, fígado e rins.

- **Maconha** - O principal composto químico ativo da maconha é o THC (delta-9-tetrahydrocannabinol) e é o responsável pelos efeitos da maconha no sistema nervoso. Quando o indivíduo fuma a maconha, o THC rapidamente passa dos pulmões para o sangue, que o carrega para todo o organismo, incluindo o cérebro. Ao contrário do que alguns pensam, a maconha pode trazer grandes problemas para a vida e saúde do indivíduo. Os efeitos a curto prazo do uso da maconha incluem problemas com memória e aprendizado; percepção distorcida; dificuldade em pensar e resolver problemas; perda da coordenação; e aumento da frequência cardíaca. Pesquisas têm demonstrado que o uso da maconha a longo prazo causa algumas mudanças no cérebro semelhantes aos vistos no abuso de outras drogas consideradas mais

"pesadas". Alguns efeitos adversos na saúde causados pela maconha podem ocorrer devido o THC prejudicar a habilidade do sistema imune de lutar contra infecções e câncer. Depressão, ansiedade, e distúrbios da personalidade também estão associados com o uso da maconha. Devido ao efeito prejudicial na habilidade de aprendizado e memória, quanto mais a pessoa abusa da maconha, mais propensa ela será de ter um declínio de suas atividades intelectuais, de trabalho e sociais. O abuso prolongado da maconha pode levar a dependência em algumas pessoas, fazendo com que a pessoa use compulsivamente a droga mesmo com seus efeitos danosos na família, trabalho, escola, e atividades recreacionais.

- **Crack** - O princípio ativo é uma mistura de cocaína em forma de pasta não refinada com bicarbonato de sódio. Esta droga se apresenta na forma de pequenas pedras e pode ser até cinco vezes mais potente do que a cocaína. Essa droga atingiu, nos dias de hoje, todas as camadas sociais e transformou-se numa grande epidemia junto à juventude. A absorção é feita por via pulmonar, de fácil aquisição e barato. Está intimamente ligado a todos os tipos de criminalidade e seus usuários tem em média de 10 a 30 anos. **Efeitos do crack** - Os primeiros efeitos do crack é uma euforia plena que desaparece repentinamente depois de um curto espaço de tempo, sendo seguida por uma grande e profunda depressão. Por causa da rapidez do efeito, o usuário consome novas doses para voltar a sentir uma nova euforia e sair do estado depressivo. O crack também provoca hiperatividade, insônia, perda de apetite e, conseqüente perda de peso e desnutrição. Os usuários de crack apresentam um comportamento violento, são facilmente irritáveis.
- **Oxi (A nova droga)** - Muitos não sabem, mas existe uma droga muito mais forte do que o Crack com um poder de vício muito maior e devastador. Essa droga tem o nome de Oxi, por se tratar de restos do refino de coca oxidados. Oxi é considerado por especialistas pior que o Crack, em virtude de causar vício muito rápido aos usuários. A nova droga já está nas ruas em alguns estados do Brasil. O Oxi por sua vez é um subproduto do Crack, adicionado de querosene e outros componentes. Se o Crack vicia e destrói a vida social do indivíduo de forma rápida, o Oxi é uma droga mais forte e perigosa. A

diferença é que, na elaboração, ao invés de se acrescentar bicarbonato e amoníaco ao cloridrato de cocaína, como é o caso do Crack, adiciona-se querosene e cal virgem para obter o Oxi. Vendido em pedras como o Crack, que podem ser inclusive amareladas ou mais brancas, dependendo da quantidade de querosene ou cal virgem adicionados, o grande diferencial do Oxi está justamente em seu preço: enquanto a mescla custa de cinco a dez reais uma trouxinha que serve três cigarros, o Oxi é vendido de dois a cinco reais por cinco pedras. **Como é feita a droga** - A nova droga "Oxi" ou "Óleo", como também é conhecido pelos usuários, tem um alto poder de 'fissura'. Na sua fórmula encontra-se a pasta base de cocaína, como no Crack (pasta base de cocaína, amônia, bicarbonato e água), porém, o efeito é potencializado pela adição de querosene e cal virgem. A pedra formada pode ter a coloração branca ou amarelada, dependendo da quantidade de cal e querosene inseridos na fórmula. O efeito devastador da nova droga no organismo humano, o uso do Oxi perturba o sistema nervoso central levando o usuário à "paranóia" e ao medo constante. O emagrecimento é rápido, os viciados ficam com cor amarelada, têm problemas de fígado, dores estomacais, dores de cabeça, náuseas, vômitos e diarreia constante. Segundo uma pesquisa, dentre os entrevistados, 30% morreram no período de um ano. Enquanto o crack é obtido a partir da mistura e queima da pasta base com bicarbonato de sódio e amoníaco, no Oxi são utilizados cal virgem e algum combustível, como querosene, gasolina e até álcool de bateria - substâncias que barateiam o custo do entorpecente. Nos últimos meses, houve apreensões e registros de usuários em Goiás, Distrito Federal, Pernambuco, Mato Grosso do Sul e Piauí --onde foram confirmadas 18 mortes só neste ano por conta do uso do Oxi. Há rumores da circulação da droga no Mato Grosso, Maranhão e Paraná, embora não haja registros oficiais. Oficialmente, o Denarc (Departamento de Investigações sobre Narcóticos) da Polícia Civil ainda não fez apreensões da droga. Segundo o órgão, no entanto, o Oxi já pode ter sido apreendido, mas não foi diferenciado em razão de sua semelhança com o crack. A maior diferença na aparência entre as duas drogas é a cor mais amarelada do Oxi, enquanto a pedra do crack é mais clara. "Os investigadores queimaram

algumas pedras para analisar o material e a substância soltou uma espécie de óleo, que é um resíduo do querosene do Oxi que o crack não solta. Só foi registrado como crack porque os investigadores não sabiam da existência do Oxi. Agora, qualquer coisa que a gente apreender, ficaremos de olho”, afirmou o delegado.

1.4.1 Sintomas

Segundo Lima (s/d), os principais sinais e sintomas da dependência química são:

1. Tolerância: necessidade que o indivíduo experimenta de aumentar cada vez mais a quantidade de drogas para obter o mesmo efeito;
2. Crises de abstinência: ocorre quando o uso é suspenso, ocorrendo então sintomas como: tremor, ansiedade, irritabilidade e insônia;
3. Desejo persistente ou tentativa fracassada de diminuir o uso;
4. O dependente passa a perder boa parte do seu tempo na busca e no consumo das substâncias;
5. Preferência das drogas às atividades que antes praticava;
6. Apesar dos malefícios físicos e psicológicos decorrentes do uso das drogas, o indivíduo persiste no uso;
7. Auto destrutividade;
8. Necessidade de prazer imediato, vida sem objetivos;
9. Tendência a comportamentos agressivos e envolvimento com situações de risco;
10. Negação da patologia;
11. Em alguns casos quebra de vínculos afetivos e relacionamentos interpessoais.

2. DOS DEPENDENTES QUÍMICOS

2.1 O QUE FAZER A RESPEITO

Bálsamo ou veneno? Hábito natural ou desvio da sociedade moderna? Não há resposta certa ou fácil quando o assunto são as drogas.

Em meio aos números, nota-se que não importa de que lado as pessoas estejam, o fato é que todas elas têm opinião formada sobre o uso de drogas.

“Só há uma coisa certa sobre as drogas: é preciso haver informação de qualidade, desvinculada da moral, do poder econômico e das forças políticas”, diz o juiz aposentado Walter Fanganiello Maierovitch, ex-secretário nacional antidrogas.

Com frequência, a família e o usuário experimentam grande sofrimento antes de perceber a necessidade de auxílio. Perder esse momento, ou seja, dar um passo em falso nessa hora pode colocar tudo que você vem construindo a perder.

O tratamento das adequações é uma especialidade, e algumas abordagens terapêuticas não tem eficácia comprovada.

Existem muitos tipos de tratamento e ainda podemos afirmar que um tipo de tratamento realizado em determinada época da vida de alguém pode não ser eficaz em outra época.

Por isso a importância do tratamento estar disponível no momento em que a pessoa se mostra acessível. Isso significa procurar clínicas especializadas que possam atender a qualquer momento, com profissionais disponíveis e ativos.

A desintoxicação é somente o início do tratamento e tem pouca força na mudança de comportamento a longo prazo. Deve haver a mudança necessária no estilo de vida, bem como na forma de encarar o mundo.

A recuperação é um processo alongo prazo que requer boa vontade, disponibilidade e competência, pois estamos falando de uma doença sem cura.

Em geral, a internação é a ultima opção que se elege, na medida em que demanda o afastamento das atividades do cotidiano e tem o custo mais elevado.

2.2 - COMO ESTAMOS LIDANDO COM O PROBLEMA

O modelo atual de combate às drogas busca nada mais nada menos que a abstinência completa das substâncias ilegais.

Qualquer outro resultado que não passe pelo abandono de uma vez é considerado um fracasso. O argumento é forte: quem não largar o baseado ou a seringa vai para a cadeia. Essa guerra tem três frentes de batalha. A primeira é tentar acabar com a oferta, ou seja, combater os fornecedores, os narcotraficantes. A polícia Federal brasileira, que apreende toneladas de entorpecentes todo ano, trabalha nessa frente.

A segunda frente de combate é a redução da demanda. Há duas maneiras de convencer o sujeito a não usar drogas, ou seja, de prevenir o uso de drogas. Além de ameaçar prendê-lo, processá-lo e condená-lo, pode-se tentar educá-lo: ensinar-lhe os riscos que determinada substância traz à sua saúde.

A terceira frente de batalha é o tratamento. Chegar à eliminação das drogas tratando aqueles que já estão dependentes como vítimas que precisam de ajuda médica em vez de algozes que merecem repressão policial. Das três estratégias, a que tem recebido mais atenção e recursos é o combate ao tráfico.

Traduzindo em números: no combate à oferta, as forças armadas apreendem apenas 20% da droga em circulação. Já pelo flanco da demanda, os tratamentos que visam à abstinência curam somente 30% dos usuários.

2.3 - FATOS SOBRE AS DROGAS

As drogas destroem milhões de vidas todos os anos. Popularizadas nos anos 60 pela música e os meios de comunicação de massas, hoje elas invadem todos os aspectos da sociedade.

O problema tem muitas faces, do estudante universitário que festeja durante três dias a fio numa festa alimentada a Ecstasy ou metanfetaminas, ao adolescente dependente em crack; à mãe que não pode passar nenhum dia sem consumir analgésicos, ao executivo superior de uma empresa dependente de cocaína.

De acordo com o Relatório Mundial de 2009 sobre as Drogas do Escritório das Nações Unidas sobre as Drogas e o Crime, uma estimativa de 208 milhões de pessoas, consome drogas ilegais.

Cento e sessenta e dois milhões de pessoas abusam da cannabis tornando essa substância ilícita a mais a mais prevalente, seguida pelas anfetaminas do tipo estimulante (35 milhões), opiáceos (16 milhões) e cocaína (13 milhões).

Os custos médicos dos toxicômanos são 300% mais elevados do que os custos médicos dos não consumidores.

2.4 - COMO AS DROGAS AFETAM A MENTE

As drogas são essencialmente venenos. A quantidade tomada determina o efeito. Uma pequena quantidade atua como um estimulante. Uma grande quantidade atua como sedativo e uma quantidade ainda maior pode matá-lo. Apenas a quantidade necessária para alcançar seu efeito difere.

As drogas embaraçam a memória, causando lugares em branco. Quando uma pessoa tenta obter informação através desta confusão, ela não consegue fazer.

Isso pode distorcer as percepções do toxicômano sobre o que se está a passar à sua volta. Como resultado, as ações da pessoa podem parecer muito estranhas ou irracionais, tornando-se violenta.

Uma mentira sobre as droga sé que elas ajudam à pessoa ser mais criativa. A verdade é que as drogas destroem a criatividade. Isto se deve aos efeitos que as drogas e toxinas têm na resposta emocional da pessoa para a vida.

A cocaína, por exemplo, põe a pessoa numa espécie de alegria falsa, mas quando o efeito da droga acaba a pessoa vai ainda mais para baixo do que estava. Eventualmente as drogas irão destruir completamente toda a criatividade que a pessoa tem.

Em relação aos usuários há vários tipos, e cada um merece tratamento diferenciado. Segundo Arthur Guerra de Andrade, psiquiatra do Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas da USP, e coordenador do curso médico da Faculdade de Medicina do ABC, os tipos de usuários se classificam de acordo com o grau de dependência.

O primeiro é o usuário experimental. O segundo tipo é o usuário ocasional, que usa drogas socialmente. Os usuários severos, o terceiro tipo, são os que precisam de tratamento, sendo 3,6 milhões. O dependente é um problema para a sociedade porque ele perde o controle, consome a droga em situações de risco causa acidentes e comete crimes.

Medidas repressivas reduzem o número de usuários ocasionais, mas a quantidade de dependentes, que é o que importa não diminui.

A política atual não tem sentido porque só tem sentido punitivo. Experiências comprovam que o que traz resultado é tratamento, não reprimir o dependente.

Que a droga dá prazer, não tem como negar. Mas não é pra qualquer um, tem gente que não gosta da sensação de ficar com a consciência alterada. Essas pessoas não voltarão a usar, porque ninguém fica dependente de algo que cause desprazer. O que prova que não é o acesso à droga que gera o uso, diz o psiquiatra Dartiu Xavier.

Em São Paulo, uma pesquisa com 523 usuários de drogas identificou que 44% tinham doença depressiva. Desses, 77% já sofriam de depressão antes do contato com drogas. Ou seja, o uso de drogas é consequência e não causa desse desequilíbrio emocional.

Há quem diga que as pessoas usam drogas pra fugir da realidade. Não é bem assim. Seria mais apropriado dizer que as pessoas usam drogas para enfrentá-la. Deprimidos, por exemplo, podem usar cocaína em busca de seu efeito estimulante.

Ansiosos podem usar álcool em busca do efeito ansiolítico. Quem usa drogas está tentando suportar uma realidade que, de outra forma, seria insuportável. Ocorre que as drogas não é de modo algum o melhor remédio. Ao ficarem dependentes, ou até mesmo os momentos de ressaca, a falta da droga agrava os mesmos sintomas que levaram o indivíduo a buscá-la. O deprimido vai ao fundo do poço. O ansioso desce ao inferno.

2.5 - UM MUNDO PARALELO: A ANESTESIA DAS EMOÇÕES

O mundo da família de um dependente tende a ser diferente. É como se ele precisasse criar um mundo paralelo para se adaptar a tamanho sofrimento. O fato de nos afastarmos do que nos causa confusão ou desconforto é uma defesa psicológica natural do ser humano, e a principal consequência disso é não percebermos realmente o que acontece. Eis por que os familiares têm dificuldade de perceber a realidade à sua volta ou de dar a conotação da gravidade que a situação merece. Ocorre então um processo de cegueira ou entorpecimento, por meio de uma anestesia paulatina e sutil das emoções.

O tratamento do dependente é a possibilidade de os membros da família se tornar mais saudáveis em relação à sua própria vida.

A situação se agrava diante do fracasso em controlar o processo de dependência, os membros da família começam a manifestar, de maneira intensa e por vezes descontrolada, um comportamento raivoso e de repulsa ao usuário. O sentimento geral é de incapacidade em relação a si mesmo, já que se sentem culpados por não terem conseguido impedir o agravamento da situação. Assim, é possível que alguns familiares dêem início a algum comportamento compulsivo.

Vale saber que o próprio dependente também pode sentir-se fracassado em relação ao que se propôs na vida.

Trata-se de um ciclo vicioso que se retro-alimenta. Para que um se ausente, os outros tem de se fazer cada vez mais. Esses papéis vão se cristalizando de tal

maneira que os membros se esquecem de como já foram um dia e de que é possível funcionar de modo diferente.

E isso se dá a tal ponto que, se o abusador um dia tentar ficar sóbrio, encontrará uma dificuldade enorme pra resgatar seu antigo papel familiar.

2.6 - A CODEPENDÊNCIA

O codependente é aquele que aprende desde muito cedo a ser valorizado a partir de sua função de cuidador. Com frequência, sem perceber, ele funciona de modo a reforçar a dependência no sistema familiar. Sua mudança pode causar um desequilíbrio inesperado no sistema, resultando uma manifestação grupal de cobrança de lealdade.

Isso significa que, quando surgem situações de desequilíbrio, é comum que os membros da família considerem que os demais não estão cumprindo suas obrigações. Cobram uns dos outros a permanência nas mesmas posições e usam o sentimento de culpa como arma potente para questionar a lealdade da família.

Não é funcional nem inteligente ficar procurando culpados. Contudo, é muito importante perceber e admitir o grande estrago provocado pela ausência de fronteiras, mas também o fato de que a realidade não mudará de repente. Ela precisa ser trabalhada, sob pena de perpetuação de comportamentos cada vez mais destrutivos.

3. DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

3.1 - O ESTADO E A ATENÇÃO À DEPENDÊNCIA QUÍMICA

Ao nos debruçarmos sobre o processo histórico de construção de legislação e da política social brasileira, no que se refere à questão da dependência química, percebemos que o uso indevido de drogas, nas políticas públicas brasileira, tratado durante muitos anos como “caso de polícia”, adquiriu, atualmente, o caráter de saúde pública. De ações de repressão ao usuário e/ou dependente, não o diferenciando do traficante, passou, gradativamente, para ações de prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social: porém, mantendo a repressão da produção não autorizada e do tráfico ilícito de drogas.

Consideramos como marco principal desse processo, a criação, somente, em 1998, da Secretaria nacional Antidrogas (SENAD), que agrega o Conselho Nacional Antidrogas (CONAD), relacionando-se com os Conselhos Estaduais Anti-drogas (COEAD) e Conselhos Municipais Anti-drogas (COMAD).

Juntamente com a SENAD foi criado o Fundo nacional Antidrogas (FUNAD). A Lei n 7560, de 19.12.1986, que havia criado o Fundo de Prevenção e Combate às Drogas de abuso – FUNCAB, teve a sua denominação alterada para Fundo Nacional Antidrogas- FUNAD e sua gestão transferida do Ministério da Justiça para a Secretaria Nacional Anti-drogas do Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República.

Ainda em 2002, foi elaborada a Política Nacional Antidrogas (Decreto n 4345 de 26.08.2002), porém, o CONAD, em outubro de 2005, aprovou a Política Nacional sobre Drogas.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), frente ao crescente número de clínicas e comunidades voltadas para o atendimento de dependentes de drogas, definiu a Resolução n 101, de 30 de maio de 2001, que estabeleceu as regras para o funcionamento das clínicas e comunidades terapêuticas.

Recentemente, através da Lei 11.343, de 23 de agosto de 2006 foi instituído o SISNAD, Sistema Nacional de Políticas públicas sobre Drogas que substituiu as Leis

6368/76 e 10.409/02. O SISNAD tem como objetivo articular, integrar, organizar e coordenar as atividades de prevenção, tratamento e reinserção social de usuários e dependentes de drogas, bem como as de repressão ao tráfico, estando em perfeito alinhamento com a Política Nacional sobre Drogas.

No que se refere às políticas sociais setoriais, duas especificamente nos interessam para o teor da reflexão em pauta: a Política Nacional de Assistência Social, expressada através da implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), desde 2004, e a Política Nacional de Saúde, expressada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e, mais especificamente pela Política do Ministério de Saúde para Atenção Integral de Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004.

Poderíamos afirmar que o atendimento à dependência química está fora das diretrizes e dos objetivos da Política Nacional de Assistência Social (PNAS)? Trata-se de um segmento que deva ser atendido unicamente pela Política de Saúde? O vínculo das Comunidades Terapêuticas, para fins de assessorias e parcerias, se dá exclusivamente com a Saúde ou também com a Assistência Social? A quem interessa o trabalho das comunidades terapêuticas?

Vejamos o que o SUAS define como usuário da política de assistência social:

- Constitui público usuário da política de assistência social, cidadãos e grupos que se encontra em situações de vulnerabilidade e riscos, tais como: famílias e indivíduos com perda ou fragilidade de vínculos de afetividade, pertencimento e sociabilidade; ciclos de vida; identidades estigmatizadas em termos étnico, cultural e sexual; desvantagem resultante de deficiências; exclusão pela pobreza e, ou, no acesso às demais políticas públicas; **uso de substâncias psicoativas**; diferentes formas de violência advindas do núcleo familiar, grupos e indivíduos;..... (PNAS – item 2.4) grifo nosso.
- A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, **uso de substâncias psicoativas**, cumprimento de medidas sócio-educativas, situação de rua, trabalho infantil, entre outras. (PNAS – item 2.5.2) grifo nosso.

E mais,

- Os serviços, programas, projetos de atenção às famílias e indivíduos poderão ser executados **em parceria com as entidades não-governamentais de assistência social**, integrando a rede sócio-assistencial. (PNAS – item 3.1.1.) grifo nosso.

Nesse sentido, constatamos que a política de Assistência Social inclui em seu público usuário, pessoas que estejam em situação de vulnerabilidade e riscos devido ao uso de substância psicoativas, e que são passíveis de proteção social especial. Acrescenta que os serviços, programas e projetos para o atendimento aos seus usuários podem ser executados em parceria com organizações não governamentais, portanto, do Terceiro Setor. Sendo assim, as comunidades terapêuticas, ao cumprirem os requisitos necessários que as definem como entidades de assistência social e, ao estabelecerem parcerias com o gestor público, passam a integrar a rede sócio-assistencial, contribuindo para a viabilização das diretrizes, objetivos e metas preconizadas por esta Política.

A responsabilidade da formulação da política é do Estado. É o fomentador e o formulador das políticas sociais. E, hoje, o Estado conta, essencialmente, com as organizações do terceiro setor para a execução de ações formuladas em suas políticas.

Por outro lado, não podemos nos esquecer que as comunidades terapêuticas, até então vinculadas, para fins de convênio e parcerias com a Assistência Social, estão migrando para a área da Saúde, pois a dependência química é tida hoje como uma questão de saúde pública.

Porém somos instigados a refletir se a Saúde está preparada para receber, se relacionar, capacitar e assessorar as comunidades terapêuticas, que atuam prioritariamente na proposta de abstinência e em sistema de internamento.

Ao nos reportarmos à Política Nacional de Saúde Mental, constatamos que, no que se refere ao tratamento do dependente químico como pessoa possuidora de transtorno mental decorrente do uso de SPA, o atendimento é organizado através de uma estrutura piramidal nas seguintes modalidades: Aberto, Semi-aberto e Fechado. Em sistema “Aberto” o atendimento pode ser realizado em diversas instituições, tanto públicas quanto privadas, tais como as UBS (Unidade de Básica de Saúde),

ambulatório de saúde mental ou outras instituições que ofereçam tratamento com as características desta modalidade. É um serviço prestado a pessoas com pouco comprometimento com SPA e muita motivação para deixar de usá-las.

Frequentam a instituição uma ou várias vezes por semana durante algumas horas ou o dia todo, pelo período necessário, onde recebe, juntamente com sua família, acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Passam por terapias de grupo, terapias individuais, atividades educativas com grupo na Unidade sobre ações de prevenção e promoção à saúde e atividades educativas comunitárias que versam sobre ações de prevenção e promoção à saúde desenvolvida na comunidade, fora da instituição. Além disso, neste nível de atendimento são realizadas ações preventivas envolvendo a comunidade em geral.

No atendimento “Semi-aberto”, o tratamento é realizado nos CAPS/ad (Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas) e hospital/dia. É um serviço de maior complexidade, sendo intermediário entre as modalidades “aberto” e “fechado”. Este é um atendimento indicado para pessoas muito dependentes, porém, motivadas para o tratamento.

O hospital/dia foi pensado para desenvolver ações de cuidados intensivos, visando substituir a internação integral. O paciente frequenta o serviço diariamente por oito horas diárias. O CAPS/ad presta atendimento à pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA, cuja atenção é direcionada ao tratamento, reabilitação e ressocialização junto à família e à comunidade. O trabalho é desenvolvido por equipe multiprofissional e o atendimento individual pode ser medicamentoso, psicoterápico, de atenção, entre outros. Ocorrem também atendimento em grupos, oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias de integração e reinserção sócio-familiar e atendimento de desintoxicação.

Mas, segundo a Política do Ministério da Saúde para a Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, de 2004, o CAPS/ad.

- Tem como objetivo oferecer atendimento à população... Oferecendo atividades terapêuticas e preventivas à comunidade, buscando prestar atendimento diário aos usuários dos serviços, dentro da lógica de **redução de**

danos. (Ministério da Saúde, Política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas, p. 34. 2004) (grifo nosso).

Observamos que, o CAPS/ad desempenha, dentro da política pública de atendimento à saúde mental, o serviço de atenção psicossocial a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de SPA, tendo também o papel de regulador da porta de entrada do usuário à rede assistencial local de atendimento, em articulação com o Conselho Municipal Antidrogas (COMAD). Porém, a ênfase do seu atendimento está na redução de danos e não na internação (abstinência), não reconhecendo as comunidades terapêuticas como espaço de tratamento clínico.

Como regime “Fechado” e também ocupando o topo da pirâmide, está a atenção de maior complexidade, cujos sujeitos atendidos são aqueles com muito comprometimento com SPA e normalmente pouco motivados para o tratamento. Nesta modalidade estão às clínicas e hospitais psiquiátricos e os hospitais gerais. A internação do dependente químico é feita somente em último caso, quando as outras possibilidades não surtiram efeito e a situação do mesmo oferece risco à sua integridade ou à de outros.

A Política de Saúde conta com os hospitais gerais, que possuem leitos psiquiátricos ou unidades de desintoxicação, como hospitalar para os casos que exigem internação. Os dependentes em tratamento e outros pacientes recebem atendimento médico, psicológico, social e outros que se fizerem necessários de acordo com as particularidades de cada caso.

Essas internações ocorrem de acordo com a portaria nº. 224 de 29/01/92 da Secretaria de Assistência à Saúde, com modelo de longa e curta permanência (30 a 45 dias como referencial) com o objetivo de desintoxicação e encaminhamento para Ambulatório de Referência. Percebemos, mais uma vez, que as comunidades terapêuticas não são contadas como possibilidades de internamento, dentro da estrutura de atendimento da rede pública de saúde.

O Ministério da Saúde, através do seu site afirma que,

- Em decorrência da reforma psiquiátrica, vem definindo estratégias que visam ao fortalecimento da rede de assistência aos usuários de álcool e outras

drogas, com ênfase na reabilitação e reinserção social dos mesmos. A assistência ao usuário de substâncias psicoativas no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - é realizada por meio da rede psiquiátrica existente. Um importante número de internações destes usuários é efetuado com o intuito de desintoxicar pessoas dependentes das drogas. Para reverter esse quadro o Ministério da Saúde, desde 1990, está definindo como diretriz básica de suas ações, a reestruturação da atenção psiquiátrica no Brasil, na qual a atenção às dependências químicas está inserida. Tem como **premissa fundamental a ampliação da rede ambulatorial e o fortalecimento de iniciativas municipais e estaduais** que propiciem a criação de equipamentos intensivos e intermediários **entre o tratamento ambulatorial e a internação hospitalar**, com ênfase nas ações de reabilitação psicossocial dos pacientes. Em decorrência desse processo, o número de hospitais psiquiátricos no país reduziu de 313, em 1991, para 260, em 2001, enquanto o número de leitos especializados caiu de 86 mil para 62 mil, no mesmo período. Paralelamente a este fator, dos 03 Centros de Atenção Psicossocial/CAPS e Núcleos de Atenção Psicossocial/NAPS existentes, passamos para 266 em 2001, destes, estimamos que 10% sejam específicos para dependentes químicos. (www.saude.org.br. Site visitado em 30 de agosto de 2006) (grifo nosso).

Ao entendermos a dependência química como uma questão de saúde pública, precisamos considerar a várias e diferentes dimensões que esta concepção assume, bem como as diversas modalidades de atendimento possíveis e que devem se adequar às particularidades e singularidades de cada caso.

A repressão ao tráfico, por exemplo, está dentro da política de enfrentamento à dependência química, porém é um trabalho exclusivo e restrito à área de segurança pública. Por outro lado, a prevenção e o tratamento ao uso e abuso de substâncias psicoativas, bem como a reinserção sócio-familiar são ações afetas à política da saúde, mas também à política de educação, principalmente na esfera da prevenção e, da assistência social, quando se trata do atendimento aos usuários desta política, prioritariamente atendido pelas comunidades terapêuticas.

Ao nos determos na legislação atual no que tange ao uso indevido de SPA e nas políticas setoriais envolvidas percebemos que as políticas públicas de atenção à questão da dependência química dividem-se nos programas de redução de demanda (prevenção, tratamento e reinserção social) e programas de redução de danos. Ambos são importantes na medida em que se volta para pessoas que fazem à opção de atendimento de acordo com suas necessidades e singularidades.

Toda essa legislação, definidora de normas, diretrizes, princípios e objetivos, passou a direcionar a linha de atuação que deve ser priorizada por órgãos governamentais e não governamentais que atuam, direta e indiretamente, na questão da dependência química, em caráter preventivo ou de tratamento; em sistema ambulatorial ou de internamento, prevalecendo à redução de danos ou a abstinência.

3.2 O CONSELHO MUNICIPAL ANTIDROGAS- COMAD

Mas, qual seria o espaço local de formulação da política de atendimento a esse público? De articulação de ações? De fortalecimento técnico, político e administrativo das CTs? De aproximação das políticas públicas com as CTs? De definição do financiamento público, com verbas específicas para o atendimento à dependência química?

Pelas suas finalidades, características e composição paritária, ficam-nos claro que este espaço é o Conselho Municipal Anti-Drogas (COMAD). Composto por representantes governamentais e não governamentais este Conselho atua, como coordenador das atividades de todas as instituições e entidades municipais, responsáveis pelo desenvolvimento das ações referentes à redução da demanda, assim como movimentos comunitários organizados e representações das instituições federais e estaduais existentes no município e disposta a cooperar com esforço municipal. (www.senad.gov.br)

Trata-se do espaço de articulação, interface e complementaridade das diferentes áreas e comunidades terapêuticas, tendo como referência uma legislação social ampla (assistência social, saúde, educação) e uma legislação específica no que

concerne à dependência química, além do desafio de um trabalho diferenciado nestas instituições, em função da configuração do terceiro setor.

Por focar diferentes políticas e instituições governamentais e não governamentais, incluindo as comunidades terapêuticas, voltadas para a atenção e o tratamento à dependência química, é possibilitado ao COMAD ter como atribuições e responsabilidades, em cada município,

- A definição e o direcionamento da política municipal sobre drogas, decidindo, inclusive, a destinação dos recursos financeiros advindos do Fundo Municipal Antidrogas (FUMAD);
- O cadastramento e a inscrição das comunidades terapêuticas do município;
- A articulação da rede de serviços de atenção e tratamento à dependência química;
- A capacitação e o fortalecimento das comunidades terapêuticas e outras instituições para um trabalho de qualidade social;
- A cobrança ao gestor público municipal e aos agentes políticos, do efetivo comprometimento com ações de enfrentamento da questão da dependência química no município, inclusive na definição orçamentária para o FUMAD.

Dessa forma, o COMAD estará cumprindo o seu papel político, administrativo e histórico na atual conjuntura das políticas sociais brasileiras, e menos importará a qual política ou secretaria municipal as comunidades terapêuticas devem estar vinculadas para fins de parcerias e convênios.

4. CONCLUSÃO

A questão financeira é uma das grandes dificuldades seja da família, seja das entidades de tratamentos, pois na verdade, sem uma política pública real e efetiva no que tange ao tratamento para portadores de dependência química e seus familiares anulam-se as etapas superadas daqueles que desejam tratar-se. Nada adianta assumir a doença se não encontra tratamento adequado pela falta de dinheiro das entidades, ou se as famílias carentes não têm acesso a ele.

Segundo novos modelos de tratamento de dependentes químicos, seu custo torna muito elevado financeiramente, pois exige vários profissionais da área da saúde em diversas especializações.

Sendo assim, somente as famílias de alto poder executivo acabam tendo um tratamento de qualidade, deixando fora dele a grande maioria da sociedade.

Infelizmente, várias entidades que oferecem tratamentos nesta área têm fechado suas portas pela falta de recursos financeiros e pela inércia do Estado. Em sua grande maioria aquelas que ainda insistem em proporcionar atendimentos não podem dar um tratamento adequado pela falta de recurso financeiro em que se encontram.

Normalmente, as entidades, em sua maioria, são mantidas com recursos originados de doações de pessoas da sociedade ou de familiares de pacientes que estão em tratamento.

Devido esta falta de recursos não tem como contratar profissionais capacitados para essa área. Grande parte das entidades recorre a seus recuperados que estão em fase avançada no tratamento tornando-se voluntários.

Ainda que entidades tenham título de filantropia, precisa estipular cotas pra vagas de carentes, senão, elas fecham suas portas nos primeiros meses de funcionamento.

Outro fator complicador que ocorre pela falta de recurso é o preconceito em torno do dependente químico. “Quem deixará de colaborar com entidades como abrigos para idosos, crianças, para colaborar com entidades que trabalham com drogados?” Enfim, essa é a mentalidade de grande parte da sociedade.

Existem poucas instituições para tratamentos químicos que são apadrinhadas, recebendo recursos do Estado e de grandes organizações não governamentais do Brasil e do exterior, no entanto, o restante vive das sobras que caem das mesas dos ricos.

Enfim, o Estado faz muito marketing em torno das drogas, mas não proporciona políticas públicas em relação ao tratamento dessa doença, deixando as famílias e as entidades à mercê pela sua omissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Artigo 196 da Constituição Federal que afirma: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

BARCELOS, Carlos. **Quero meu filho de volta**. Editora Gente, 2000.

BRASIL. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária _ANVISA**. Resolução nº 101, de 30 de maio de 2002.

GIGLIOTI, Analice. CARNEIRO, Elizabeth. ALELUIA, Gisele. **Drogas: Como aprender a ajudar as pessoas a se livrar de dificuldades com álcool e drogas**. Editora Best Seller, Rio de Janeiro, 2008.

Lei 11.343 de 23 de agosto de 2006, que institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre drogas (SISNAD).

Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD). Política Nacional. Decreto nº 4345, de agosto de 2001.

SILVA, Valdeci. **Drogas: Causas, Consequência e Recuperação**. Editora EME, 2008.