

CASSIA CRISTINA DO NASCIMENTO

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO E NA
PREVENÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS**

Assis/SP

2014

CASSIA CRISTINA DO NASCIMENTO

**A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO E NA
PREVENÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS**

Monografia apresentada ao Instituto Municipal de
Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso
de Graduação em Enfermagem;

Orientador: Prof. Dra. Elizete Mello da Silva

Área de Concentração:

Assis/SP

2014

FICHA CATALOGRÁFICA

NASCIMENTO, Cassia Cristina do.

A Importância do enfermeiro no cuidado e na prevenção de dependentes químicos / Cássia Cristina do Nascimento. Fundação Educacional do Município de Assis – FEMA – Assis, 2014.

50 p.

Orientador: Elizete Mello da Silva

Trabalho de Conclusão de Curso – Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis – IMESA.

1. Dependente químico 2. Tratamento

CDD: 610

Biblioteca da FEMA.

A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO NO CUIDADO E NA PREVENÇÃO DE DEPENDENTES QUÍMICOS

CASSIA CRISTINA DO NASCIMENTO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Municipal de Ensino Superior de Assis, como requisito do Curso de Graduação em Enfermagem, analisado pela seguinte comissão examinadora:

Prof^a. Elizete Mello da Silva – Orientadora

Prof. (titulação e nome)

Prof. (titulação e nome)

Assis/SP

2014

DEDICATÓRIA

Ao João Vicente, meu filho, que esteve presente nas horas e momentos certos. Obrigada pelos braços ofertados, nos momentos de angústia e dúvida, pela caminhada ao meu lado nessa trajetória de muitas flores, mas também de muitos espinhos; a sua paciência em me ajudar e ser companheiro de todas as horas em que, mais precisei, mas também por ter soltado em alguns momentos, enfim... Obrigada pela sua existência, e o mais importante, estar junto a mim.

À minha irmã, Maria Estela, por nunca me deixar desistir e estar ao meu lado sempre.

Aos meus pais, João e Maria, por terem sido escolhidos por Deus para me colocar nesse mundo tão maravilhoso.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por suas infinitas graças;

Ao meu ex-marido, Lindemberg, o meu eterno agradecimento por tudo o que tem feito por mim;

Ao meu filho João Vicente, maravilhoso, que concluiu junto comigo essa jornada. Obrigada a este ser que se fez presente nos momentos mais angustiantes, dando cor e mais vida a este processo;

À Dedé (Elizete), pela amiga e orientadora que foi durante todo esse tempo de convivência. Obrigada por sua existência, compreensão e por fazer parte de uma parte da minha vida;

À minha irmã, Maria Estela, por nunca me deixar desistir e me mostrar que é possível sonhar, que não foram citadas, mas que certamente assumiram uma posição indispensável nessa trajetória.

"Feliz aquele que transfere o saber e aprende o que ensina".

Cora Coralina

RESUMO

O presente artigo tem a finalidade de discutir a complexa temática que envolve o enfermeiro no tratamento da dependência química. Tem por objetivo apresentar a diversidade de recursos disponibilizados na área da saúde mental para o tratamento do dependente químico e o trabalho realizado junto a sua família e até mesmo na comunidade onde este está inserido. Este trabalho apresenta o papel fundamental desempenhado pelo enfermeiro no acompanhamento do dependente químico, pois, além de ajuda-lo a aceitar o tratamento, o enfermeiro também ajuda na reinserção do dependente na sociedade e na família, buscando orientar claramente o dependente e sua família sobre a necessidade da busca constante por tratamento. São apresentadas, também, as políticas públicas e leis existentes sobre o tratamento e condições especiais ao dependente químico.

Palavras-chave: Dependência química, tratamento do dependente, enfermagem, leis, políticas públicas.

ABSTRACT

This work aims to discuss the complex subject involving nurse in the treatment of addiction. Its objective is to present the variety of resources available for the treatment of addicted people in the mental health literature and the work undergone towards the families and the community of the addicted. This work presents the fundamental role of the nurse in monitoring the addicted because, besides helping him or her to accept the treatment, the nurse also helps reinserting the addicted in society and family, clearly conducting the addicted and the family about the need of constant search for treatment. The public policy and current laws about the treatment and special conditions to the addicted are also presented.

Keywords: Chemical addiction, addicted treatment, nursing, laws, public policy.

LISTA DE ABREVIATURAS E SÍMBOLOS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVC	Acidente Vascular Cerebral
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas
CID	Código Internacional de Doenças
CRATOD	Centro de Referência de Álcool, Tabaco e Outras Drogas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais
LENAD	Levantamento Nacional de Álcool e Drogas
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
PNAD	Política Nacional Antidrogas
RD	Redução de Danos
SENAD	Secretaria Nacional Sobre Drogas
SESMT	Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho
SISNAD	Sistema Nacional Antidrogas
SUS	Sistema Único de Saúde
THC	Delta-9-tetraidrocanabinol

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
CAPÍTULO 1 – DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS	14
1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	14
1.2. DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS CAUSADORAS DE DEPENDÊNCIA	14
1.2.1. Álcool	15
1.2.2. Tabaco	15
1.2.3. Tranquilizantes ou ansiolíticos	16
1.2.4. Anfetaminas	18
1.2.5. Opiáceos	18
1.2.6. Maconha	19
1.2.7. Cocaína	20
1.2.8. Crack	21
1.2.9. Solventes e inalantes	21
1.3. CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS E PSICOLÓGICAS.....	22
1.4. CONSEQUÊNCIAS MORAIS DO USO DE DROGAS	23
CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO AO DEPENDENTE QUÍMICO	25
2.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	25
2.2. POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS	25

2.3.	A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE	26
2.3.1.	Prevenção e tratamento	28
2.4.	A POLÍTICA DOS DIREITOS HUMANOS.....	30
CAPÍTULO 3 – O DEPENDENTE QUÍMICO NO ORDENAMENTO JURÍDICO		33
3.1.	“BOLSA-CRACK”, REDUÇÃO DE DANOS E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.....	33
3.2.	NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL	36
3.3.	NA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA	37
CAPÍTULO 4 – O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E ORIENTAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO		40
4.1.	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	40
4.2.	O ENFERMEIRO E O DEPENDENTE QUÍMICO	40
4.3.	O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA	42
4.4.	O ENFERMEIRO E A PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS.....	43
CONCLUSÃO		45
REFERÊNCIAS.....		47

INTRODUÇÃO

Socialmente, o tema é de grande relevância uma vez que não se conhece a existência de civilização que não fizeram uso de algum tipo de droga ou alucinógenos. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, vem aumentando cada vez mais o número da população dos grandes centros urbanos de todo o mundo, que consomem abusivamente substâncias psicoativas independente da idade, sexo, nível social ou instrucional.

A dependência química é uma grande questão social e de saúde que gera um grave problema para ser resolvido, tanto na reestruturação familiar quanto no convívio social. São drogas lícitas e ilícitas as grandes causadoras da dependência química ou física uma condição orgânica que nasce da utilização constante de certas drogas psicoativas, as quais conseqüentemente provocam o aparecimento de sintomas que envolvem o Sistema Nervoso Central, a qual se torna dependente de uma dada substância, sofrendo assim os efeitos de uma abstinência repentina e prolongada. O uso abusivo do álcool e de drogas consideradas ilegais e da nicotina pode gerar esta reação corporal.

A dependência é distinta do vício, que leva o usuário do consumo da droga, gerando uma conexão psíquica mais profunda, uma ligação patológica com as substâncias utilizadas. Mas a sujeição química também é uma enfermidade, que exige tratamento eficaz e muitas vezes urgente.

Infelizmente, os casos de dependência química vêm crescendo de forma alarmante, constituindo atualmente uma das enfermidades psíquicas mais constantes. Segundo dados da imprensa e pesquisas, a ingestão de cocaína decresceu na última década, mas ao mesmo tempo o número de dependentes do crack tornou-se mais rapidamente e de forma impactante ao Sistema Nervoso

Central. As consequências são também mais drásticas e a sua dependência mais séria e difícil de sarar.

Na classificação do uso de dependências químicas, devemos usar o CID-10 (Código Internacional de Doenças), para podermos tratar o dependente químico adequadamente. Para se seguir o CID-10 os quadros clínicos provocados pelas substâncias psicoativas são: intoxicação aguda (tox-cosexogena) uso nocivo, síndrome de dependência, estado de abstinência, estado de abstinência com delirium, transtorno psicótico residual ou de instalação tardia.

Considerando a enfermagem como uma atividade de cuidar e também uma ciência cuja essência e especificidade são o cuidado do ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral ou holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção da saúde e prevenção da saúde e prevenção e recuperação de doenças, destacaremos nessa pesquisa a importância no papel do enfermeiro no cuidado e na prevenção dos dependentes químicos.

Sendo assim, iremos tratar sobre esses temas detalhadamente ao longo dos capítulos deste trabalho. No Capítulo 1, tratamos da dependência química e de suas consequências, citando diferentes tipos de drogas, lícitas e ilícitas, que são causadoras de dependência, bem como as consequências físicas, psicológicas e morais do seu uso.

No Capítulo 2, serão abordadas as políticas públicas de atendimento ao dependente químico, entre as quais a política nacional antidrogas, a política do Ministério da Saúde, prevenção, tratamento, e a política de direitos humanos.

No Capítulo 3, abordamos o dependente químico no ordenamento jurídico, falando sobre a “bolsa crack”, redução de danos e internação compulsória. Abordamos, também, a forma como a Constituição Federal trata do dependente químico, assim como o direito ao afastamento para tratamento da dependência química, na Legislação Trabalhista.

No Capítulo 4, tratamos de como o enfermeiro atua na prevenção e na orientação do dependente químico, assim como da relação entre o enfermeiro, o dependente e a família deste, na prevenção ao uso de drogas.

CAPÍTULO 1 – DEPENDÊNCIA QUÍMICA E SUAS CONSEQUÊNCIAS

1.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A Dependência química hoje em dia é considerada uma doença sendo encontrada no CID-10 e sendo diagnosticado ou classificada como: Transtornos mentais e de comportamento decorrentes do uso do álcool, opióides, canabinóides, sedativos, ou hipnóticos, cocaína, estimulantes alucinógenos, tabaco, solventes, múltiplas drogas e uso de substâncias psicoativas.

Porém ainda existe um grande caminho a ser percorrido desde o início do uso/dependência até ser diagnosticado como doença e não existe ex-drogado, porque em qualquer momento de fraqueza este dependente, após anos sem usar nada, poderá fazer uso, ou seja, ocorre uma recaída e torna-se novamente um usuário dependente e usando cada vez uma droga mais potente para sacia-lo.

1.2. DROGAS LÍCITAS E ILÍCITAS CAUSADORAS DE DEPENDÊNCIA

Drogas lícitas são drogas que têm a sua produção e uso permitidos por lei, sendo liberadas para comercialização. Observa-se aqui que o fato de serem liberadas não significa que não tenham algum tipo de controle governamental bem como não provoquem algum prejuízo à saúde mental, física e social. Isto dependerá de múltiplos fatores tais como quantidade, qualidade e frequência de uso. As drogas lícitas mais consumidas pela população em geral, são as seguintes: álcool, cigarro e benzodiazepínicos (remédios utilizados para reduzir a ansiedade ou induzir o sono).

1.2.1. Álcool

Principais produtos derivados do álcool: cerveja, cachaça, vinho, vodca, uísque, licor e conhaque. Geralmente ocorre perda da coordenação motora, do equilíbrio e a fala fica pastosa. Durante a embriaguez: inicialmente, o álcool produz sensação de euforia, relaxamento e desinibição, podendo levar o indivíduo ao coma, mudanças de comportamento violento e atitudes agressivas.

O alcoolismo é causado pela utilização frequente de bebidas alcólicas, conhecida também como Síndrome de Dependência ao Álcool, essa dependência propriamente dita ocorre dois problemas físicos e psíquicos.

Abstinência é causada pela retirada ou redução brusca do consumo de bebidas alcólicas, nos indivíduos que fazem uso de bebidas alcólicas, nos indivíduos que fazem uso crônico. Neste momento o indivíduo merece uma atenção de um serviço especializado, podendo ocorrer *delirium tremens*, sendo esta uma condição que pode resultar em morte, caso o indivíduo não seja tratado.

1.2.2. Tabaco

É uma planta cujo nome científico é nicotina, da qual é extraída a chamada nicotina. A planta chegou ao Brasil provavelmente pela migração de tribos tupi-guarani. Após a Primeira Guerra Mundial, seu consumo apresentou grande expansão, sendo espalhado o uso por todo o mundo nos meados do século XX. Apesar dos males que o hábito de fumar provoca, a nicotina é uma das drogas mais consumidas no mundo hoje em dia existe uma grande campanha para se deixar de fumar, por causa do mal que a nicotina causa.

O consumo de tabaco caiu 20% no Brasil nos últimos seis anos, de acordo com o segundo Levantamento Nacional de Álcool e Drogas (Lenad). Em 2012,

15,6% da população brasileira declarou ser fumante, enquanto o índice do primeiro levantamento, feito em 2006, era de 19,3%. A queda foi maior entre os adolescentes (45%), de 6,2% em 2006 para 3,4% e, 2012.

Embora o número de fumantes tenha caído, a pesquisa também mostra que entre os que mantiveram o consumo de tabaco, o hábito se intensificou. A média de consumo diário de cigarros em 2006 era de 12,9 para 14,1 em 2012.

O estudo estima que o país tivesse 20 milhões de fumantes em 2012. A redução entre a população adulta foi de 19%. Em 2006, 20,8% dos adultos afirmaram fumar. Em 2012, foram 16,9%.

Os homens continuam fumando mais do que as mulheres. Mas o número de homens que deixou de fumar foi maior em 2012 (22%) do que a diminuição do tabagismo entre as mulheres (13%).

Em relação às advertências impressas nos maços de cigarros, o estudo mostra que de alguma maneira elas impactam uma parcela entre os fumantes. Entre os entrevistados, 18% dizem que cobrem a figura, 17% afirma tirá-la de vista, 11% colocam os cigarros em outros pacotes e 7% declara não comprar maços específicos.

O estudo também mostra que a maioria da população brasileira apoia a lei que restringe a publicidade de cigarro em pontos de venda, como padarias e restaurantes. Entre os não-fumantes, o índice de aprovação é de 88%, enquanto entre os fumantes é de 77%.

1.2.3. Tranquilizantes ou ansiolíticos

Existem medicamentos que tem a propriedade de atuar quase exclusivamente sobre a ansiedade e a tensão. Essas drogas já foram chamadas de tranquilizantes, por tranquilizar a pessoa estressada, tensa e ansiosa. Atualmente, prefere-se

designar esses tipos de medicamentos pelo nome de ansiolíticos, ou seja, que “destroem” a ansiedade. De fato, esse é o principal efeito terapêutico desses medicamentos pelo nome de ansiolíticos, ou seja, que “destroem” a ansiedade, sendo esse o principal efeito desses medicamentos: diminuir ou abolir a ansiedade das pessoas, sem afetar em demasia as funções psíquicas e motoras.

Estes medicamentos estão entre os mais utilizados no mundo todo, inclusive no Brasil. Para ilustrar esse fato, atualmente existem mais de cem remédios em nosso país à base desses benzodiazepínicos. Estes têm nomes químicos que terminam geralmente pelo sufixo *pam*. Exemplos: Diazepam, Bromazepam, Clonazepam, Estazolam, Flurozepam, Flunitrazepam, Lorazepam, Nitrozepam etc. Uma das exceções é a chamada Clordizepóxido, que também é um benzodiazepínico.

As drogas ilícitas são substâncias proibidas de serem produzidas, comercializadas e consumidas. Em alguns países, determinadas drogas são permitidas sendo que seu uso é considerado normal e integrante da cultura. Tais substâncias podem ser estimulantes, depressivas ou perturbadoras do sistema nervoso central, o que perceptivelmente altera em grande escala o organismo.

São drogas ilícitas: maconha, cocaína, crack, ecstasy, LSD, inalantes, heroína, barbitúricos, morfina, anfetaminas, ópio e outras. Por serem proibidas, as drogas ilícitas entram no país de forma ilegal através do tráfico que promove a comercialização negra, ou seja, a comercialização feita sem a autorização das autoridades. Dentre as conseqüências que as drogas ilícitas trazem pode-se dar ênfase à violência gerada por elas em todas as fases de produção até o consumidor final. As demais conseqüências são: arritmia cardíaca, trombose, AVC, necrose cerebral, insuficiência renal e cardíaca, depressão, disforia, alterações nas funções motoras, perda de memória, disfunções no sistema reprodutor e respiratório, câncer, espinhas, convulsões, desidratação, náuseas e exaustão.

1.2.4. Anfetaminas

Mais conhecidas como “bolinhas ou rebites”, as anfetaminas são drogas estimulantes da atividade do sistema nervoso central. Ou seja, as anfetaminas fazem o cérebro trabalhar mais depressa, deixando as pessoas mais “acesas”, “ligadas”, “com menos sono”, “mais elétricas”, etc. São conhecidas como “rebite” pelos motoristas que querem dirigir horas e horas sem dormir com pressa de chegar para a entrega de mercadorias. Também são conhecidas como “bola” por estudantes que passam noites inteiras estudando, ou por pessoas que costumam fazer regimes para emagrecer sem acompanhamento médico.

O “extase”, também é uma anfetamina, muito usada pelos jovens. As anfetaminas são drogas sintéticas, fabricadas em laboratório. Não são, portanto, produtos naturais. Existem várias drogas sintéticas que pertencem ao grupo das anfetaminas e como cada uma delas pode ser comercializada sob a forma de remédio, por vários laboratórios e com diferentes nomes comerciais: Dualid S, Hipofagin, Inibex, Moderine, Desobesil-M e Pervitin

1.2.5. Opiáceos

São substâncias com grande atividade farmacológica e podem ser extraídas da *Papaver somniferum*, conhecida, popularmente com o nome de Papoula do Oriente. Ao se fazer cortes na cápsula da papoula, quando ela ainda está verde, pode-se obter um suco, quando esse suco leitoso o ópio, palavra que do grego quer dizer suco. Quando esse suco seca, passa a ser chamado pó de ópio. É nesse pó que existem várias substâncias, sendo que delas a mais conhecida é a morfina. Essa causa depressão do sistema nervoso central, isto é, fazem o cérebro funcionar mais devagar. Ao se fazer modificações químicas na fórmula da morfina surgem: codeína e a heroína, sendo a heroína uma substância semi-sintética ou seminatural. Os

opiáceos naturais são a morfina e a codeína, que não sofrem nenhuma modificação. A heroína é um opiáceo que sofreu modificação química.

Alguns medicamentos vendidos no Brasil, por exemplo, são: Belacoclid, Belpar, Codeincodelasa, Binelli, Noquinho, Setux, Tussaveto, Tressodina, Tylex, Pastilhas Warton, Benzotiol, Elixir paregórico, entre outros, mas também a Metadona, que é utilizada para o tratamento de dependentes da morfina e da heroína.

Do próprio ópio, se consegue retirar substância que é utilizada no tratamento da morfina e da heroína (que são as “drogas” produzidas pelo ópio).

1.2.6. Maconha

A maconha é um produto de uma planta de nome *Cannabis sativa*. No entanto a substância que produz os efeitos mentais desejados é o THC (delta-9-tetraidrocanabinol). Existem outras substâncias químicas na maconha que, embora não resultam em efeitos para o cérebro, produzem outros no corpo.

Foi utilizada como medicamento na China há 3.000 anos para o tratamento de constipação intestinal, malária, dores reumáticas e doenças femininas. Por suas propriedades psicoativas, a planta era recomendada para melhorar o sono e estimular o apetite. Um pouco mais tarde, na Índia, sua capacidade de produzir euforia foi descoberta e, então, passou-se a prescrever a *Cannabis* para reduzir a febre, estimular o apetite, para curar doenças venéreas, e como substância analgésica. Já em 1850, suas propriedades anticonvulsivantes analgésicas, contra a ansiedade e antivômito foram pesquisadas por vários médicos europeus.

No início do século XX que o uso da maconha como medicamento praticamente desapareceu do mundo ocidental com a descoberta das drogas sintéticas, muito mais seguras e eficazes. A partir daí, a maconha passou a ser

usada quase que exclusivamente como droga de abuso, o que acontece até os dias de hoje.

A maconha, usada na forma fumada, não demora a surtir efeito e atinge seu pico após 20 minutos do início do uso, começando a partir daí, a diminuir. O efeito da maconha dura de 5 a 12 horas, dependendo da quantidade usada.

Através do exame de sangue é possível determinar se a maconha foi usada e se o seu uso foi recente. A maconha é a droga ilícita mais experimentada no Brasil: 60% dos meninos de rua usaram maconha pelo menos uma vez; por volta de 10% dos estudantes do 1º grau já experimentaram a droga.

Quanto mais tempo a maconha for usada, mais afetadas ficarão as habilidades mentais. Esse tipo de efeito é especialmente importante entre os adolescentes, que ainda estão em fase de desenvolvimento.

1.2.7. Cocaína

A cocaína é extraída das folhas de coca, a *Erythroylon coca*, após séculos esta também passou a ser usada como fins médicos, pois foram encontrados alguns efeitos benéficos.

Freud descreveu os efeitos anestésicos locais da cocaína, que acabam sendo empregada com sucesso em cirurgias oftalmológicas durante anos. Considerava que a cocaína poderia ser útil como estimulante e afrodisíaco, e no tratamento da depressão, do alcoolismo, da dependência de morfina e da asma, porém não foi comprovado cientificamente que esses quadros melhorassem com a cocaína e Freud foi acusado por muitos médicos de irresponsável (LARANJEIRA, 2003).

Passado alguns anos foi observada uma enorme variedade de complicações relacionadas ao uso da cocaína, problemas mentais, a dependência e a morte, que se vê nos dias atuais. É muito importante lembrar que com o aumento do uso da

cocaína, ela passou da forma inalada para a injetada e sendo fumada na forma de Crack, porém sua forma mais comum é o pó, que se cheira.

1.2.8. Crack

O crack é um poderoso e perigoso estimulante cerebral, extremamente destruidor, altera a memória e danifica o sistema nervoso central, causando trocas constantes de humor, apreensão, tremedeira, depressão, alucinações, náusea, perda de peso, sangramento nasal, tosse crônica, raiva, nervosismo, tendências suicidas e aumento da temperatura corporal e muitos outros sintomas.

Atualmente vemos que os usuários de cocaína ou crack podem morrer pela ação direta da droga (overdose), de outro eles morrem por complicações sociais decorrentes/vinganças de traficantes, ação policial, etc, por agravamento de saúde, como desnutrição e até infecções, sendo notável que a diminuição dos cuidados pessoais e a perda dos valores morais e sociais são mais rápidas entre os consumidores de crack, possivelmente devido à capacidade de esta droga provocar dependência mais rapidamente. A AIDS é o resultado dessa falta de cuidado. A overdose pode ocorrer em qualquer forma do uso da cocaína- aspirada, injetada ou fumada.

1.2.9. Solventes e inalantes

A palavra solvente significa substância capaz de dissolver coisas, e inalante é toda substância que pode ser inalada, isto é, introduzida no organismo através da aspiração pelo nariz ou pela boca. Outra característica dos solventes ou inalantes é que, muitos deles são inflamáveis.

São encontrados no comércio como: esmaltes, colas, tintas, tineres, propelentes, gasolina, removedores, vernizes, etc., contém solventes. Todos esses solventes ou inalantes são substâncias pertencentes a um grupo químico chamado de hidrocarbonetos.

Devemos lembrar aqui do “lança-perfume”, muito usado no carnaval, sua base é cloreto de etila ou cloretila, sendo proibido no Brasil (porém é contrabandeado de outros países).

1.3. CONSEQUÊNCIAS FÍSICAS E PSICOLÓGICAS

A ingestão do álcool provoca diversos efeitos, que aparecem em duas fases distintas: uma estimulante e outra depressora, quando o consumo é muito exagerado, o efeito depressor fica exacerbado, podendo até mesmo provocar o estado de coma. Exemplo uma pessoa com estrutura física de grande porte terá maior resistência aos efeitos do álcool.

Todas as drogas tipo opíáceo ou opióide têm basicamente os mesmos efeitos no sistema nervoso central: diminuem sua atividade. As diferenças ocorrem mais em sentido quantitativo, isto é, são mais ou menos eficientes em produzir os mesmos efeitos, tudo é considerado uma questão de dose.

Sendo assim, as pessoas que usam essas substâncias sem indicação médica, e abusam delas, procuram efeitos característicos de uma depressão geral do cérebro; um estado de torpor, como isolamento da realidade do mundo, calma na qual realidade e fantasia se misturam, sonhar acordado, estado sem sofrimento afeto meio embotado e sem paixões. Enfim, fugir das sensações que são a essência mesmo do viver: sofrimento e prazer que se alternam e se constituem em nossa vida psíquica plena.

O uso contínuo e descontrolado da maconha pode neutralizar o efeito do medicamento e o indivíduo pode passar a apresentar novamente os sintomas da enfermidade. Esse fato tem sido descrito com frequência na doença mental chamada esquizofrenia.

Os efeitos das anfetaminas são em parte semelhantes aos da cocaína, as pessoas que abusam dessa droga relatam a necessidade de aumentar a dose para sentir os mesmos efeitos iniciais de prazer.

1.4. CONSEQUÊNCIAS MORAIS DO USO DE DROGAS

A Organização Mundial de Saúde ao definir a dependência química estabeleceu conceitos que constam na 10ª Revisão do CID-10 e classifica a dependência química como Transtornos Mentais e de Comportamento. São abordados os seguintes assuntos: a) comprometimento: isto é, uma perda de anormalidade de estrutura ou função, sendo manifestada psicologicamente por interferência com funções mentais (memória) atenção e funções emotivas; b) incapacidade sendo definida no sistema restrição ou falta de capacidade de desempenhar uma atividade da maneira ou dentro do limite considerado normal para ser humano e com prejuízo, sendo a desvantagem para um indivíduo que impede ou limita o desempenho de um papel que é normal para aquele indivíduo.

O conceito atual de dependência química é baseado em sinais e sintomas trazendo critérios de diagnósticos claros. É visto como uma combinação de fatores de riscos que aparecem de maneira diversificada, mas específica de indivíduo para indivíduo. De acordo com a definição do DSM-IV, caracteriza a dependência química pela presença de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo utiliza uma substância apesar de problemas significativos relacionados a ela (drogas). Essas caracterizações dos diagnósticos como transtornos são importantes para estabelecer informações básicas e seguras de que a dependência

química não é uma deficiência de caráter, e, nos permite uma avaliação mais precisa livre de conceitos simplistas preconceituosos e moralistas, bem como atualizar profissionais da área acerca das inovações conceituais para auxiliá-los a traçar o melhor programa terapêutico e/ou de reinserção social.

Na sociedade contemporânea as pessoas vivem pressionadas por incertezas, frustrações e medos diversos. No ambiente de trabalho essas pressões colocam frequentemente o empregado em situações de risco físico e psíquico, que tendem a agravar quando é usuário abusivo de drogas, comprometendo assim sua qualidade de vida.

Não apenas o próprio usuário é afetado pelo abuso de drogas, mas também todos à sua volta, na família e na sociedade. O abuso de drogas inviabiliza, portanto, o bom relacionamento profissional, assim como a capacitação e atuação do usuário.

No âmbito do trabalho, o abuso de drogas é um problema de economia nos dias atuais, deve ser analisado mais profundamente, visando o conhecimento dos impactos e prejuízos causados às organizações, o que poderá apontar para uma abordagem mais próxima da realidade dos trabalhadores.

Fica claro o quanto é difícil à pessoa que está com problemas de dependência de drogas, admitir a gravidade da situação e sua importância para interromper ou diminuir o seu uso. Isso ocorre por que existe um processo psicológico pelo qual a pessoa age como se a situação, que para ela é dolorosa, não estivesse acontecendo, é importante ressaltar também que, há problemas de saúde que agravam estas situações.

Sabe-se que a dependência química é uma doença decorrente de transtorno mental e de comportamento devido ao uso de substâncias psicoativas, causando desordem biocomportamental caracterizada pela perda do controle sobre o consumo, aumento da tolerância aos efeitos da droga, sintomas de abstinência e uso persistente apesar de problemas sociais de saúde.

CAPÍTULO 2 – POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENDIMENTO AO DEPENDENTE QUÍMICO

2.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O uso de drogas é visto como um grande problema de saúde pública, haja vista suas repercussões para a saúde física, psíquica e social do indivíduo, estando também relacionada à violência em todos os âmbitos.

Esta abordagem sobre a drogatização e as políticas públicas para enfrentamento dessa realidade são questões geradoras de polêmica, devido às diferentes concepções de entendimento e tratamento do tema. Assim sendo existe um problema que é o fato de tratar-se de drogas em um país que, como outros, tem uma sociedade permeada por elas sob as mais diversas formas: lícitas e ilícitas, que estão envolvidas em fortes relações de poder e interesses políticos, nas mais diversos meios de propagação, possibilitando ao ser humano fazer uso delas, abuso ou mesmo tornar-se dependente.

2.2. POLÍTICA NACIONAL ANTIDROGAS

O SISNAD - Sistema Nacional Sobre Drogas - adota como estratégia a cooperação mútua e à articulação de esforços entre Governo, iniciativa privada e cidadãos, sendo orientada pelo princípio básico da responsabilidade compartilhada entre Estado e Sociedade, considerando individualmente ou em suas livres associações. A estratégia visa ampliar a consciência social para a gravidade do problema representado pela droga e comprometer as instituições e os cidadãos com o desenvolvimento das atividades antidrogas no País, legitimando, assim o Sistema.

Ao organizar e integrar as forças nacionais, públicas e privadas o Sistema Nacional Sobre Drogas observa a vertente da municipalização de suas atividades, buscando sensibilizar estados e municípios brasileiros para a adesão e implantação da Política nacional Sobre Drogas, em seu âmbito.

Os programas, planos e projetos voltados para a prevenção do uso indevido de drogas, por mais bem intencionados e elaborados que sejam os resultados obtidos em sua aplicação serão de pouca objetividade caso não sejam acolhidos e bem conduzidos em nível de “ponta de linha”, ou seja, no ambiente onde predomina o universo de risco.

Nesse contexto, a Secretaria Nacional Sobre Drogas (SENAD), o Departamento de Política Federal (DPF) e outros agentes do SISNAD, elaboram a Política Nacional Antidrogas no que tange à redução da demanda e da oferta de drogas, que devidamente consolidado pela SENAD e aprovada pelo Conselho Antidrogas está apresentada a seguir.

A Política observa o necessário alinhamento à Constituição Federal no respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais de um Estado de Direito e está em consonância com os compromissos internacionais firmados pelo País.

2.3. A POLÍTICA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Com a aprovação da Lei n. 11343/2006 que estabelece novo arcabouço jurídico para lidar com o usuário de substâncias ilícitas, muita esperança foi criada. No entanto, ela trouxe poucos avanços, dentre eles a despenalização do usuário e maiores penas para os traficantes, mas a esperança termina quando se pensa sobre a realidade dos milhões de brasileiros que fazem uso de álcool e drogas e necessitam de ajuda. Essa lei é cheia de boas intenções, porém não muda a realidade.

O Ministério da Saúde normatizou o assunto da atenção integral ao dependente químico no âmbito do SUS através da Portaria 2197, de 14 de outubro de 2004, a mesma estabelece a construção e operacionalização de uma rede integrada de atendimento em três níveis: primário, com a inserção do tema da dependência química no programa saúde da família, secundário: com o funcionamento dos CAPS AD e terciário: com o funcionamento de unidades de desintoxicação em hospitais gerais. No entanto, é muito fácil constatar que tal atenção é praticamente nula em todo o país.

O que se tem assistido, na realidade, é que a pessoa dependente não sabe a quem pedir ajuda, sente-se perdida. O Estado não oferece tratamentos de saúde voltados à recuperação desse cidadão. No SUS, o dependente tem acesso, é enquadrado como doente mental e não recebe orientações específicas de como tratar a doença. Se possuir recursos, pode-se recorrer a clínicas particulares onde o tratamento é oneroso; porém o pobre fica estigmatizado e discriminado.

A única opção, portanto, é disputar uma vaga nas chamadas “comunidades terapêuticas” que desenvolvem trabalho filantrópico e que nem sempre possuem padrões regulares de funcionamento. Assim, frequentemente, a pessoa perde o emprego e, se for estudante, enfrenta situações preconceituosas e constrangedoras perante a comunidade escolar. Trata-se, sem dúvida alguma, de uma população de risco que a política se encontra desamparada, sem ter acesso a políticas específicas de saúde.

O que chama a atenção, além da falta de política na prevenção e no tratamento, é a forma como a discussão das políticas com os profissionais de Saúde.

No ano de 2005 a Política Anti-Drogas (PNAD), buscava um realinhamento. Foram feitos cinco Fóruns Regionais (regiões: sul, sudeste, nordeste, norte e centro-oeste) onde mais de 2000 profissionais participam no processo e discutiram os mais variados aspectos da PNAD. Ao final do processo houve uma reunião nacional, onde

mais de 1000 pessoas, incluindo o Presidente da República, participaram e aprovaram a nova ênfase da PNAD.

Apesar de ser um documento bem completo, o Ministério da Saúde sistematicamente ignorou essa política, fazendo a sua própria política particular, sem o apoio desses milhares de profissionais que gastaram seu tempo discutindo a melhor política para o Brasil.

Quando as políticas aprovadas não são do agravo da ideologia da equipe, elas são simplesmente ignoradas, sendo assim tanto o Ministério da Saúde quanto a PNAD agem igualmente.

Para que todos recebam um tratamento de qualidade e garantia que funcione, tem que ocorrer uma reformulação na Lei 8.080/90, que contemple um capítulo específico a saúde dos dependentes de drogas, para que sendo assim isso passa a ser somente um sentimento de esperança, tornando uma realidade para a sociedade democrática e amadurecida. Necessita-se que o Ministério da Saúde demonstre estar comprometido com a saúde pública no que diz respeito à sua política sobre drogas, isto tem que ser um plano preventivo em longo prazo e que as ações preventivas sejam baseadas em evidências científicas e não uma visão ideológica do Ministério da Saúde e que toda família brasileira que tenha um dependente químico em seu seio tenha direito a receber orientações e tratamento disponíveis.

2.3.1. Prevenção e tratamento

A respeito da indicação de internação para um dependente químico, é necessário considerar os níveis de dependência, de complicações orgânicas, de complicações psíquicas, de barreira defensiva, além do contexto familiar e do nível socioeconômico desse indivíduo.

No tratamento da dependência química, são propostos diversos métodos de intervenção e ganham destaque as intervenções com a família, na comunidade, as relações significativas e o ambiente de trabalho. Indica-se, primeiramente, que os pacientes sejam desintoxicados em tratamento ambulatorial. Nos casos considerados mais graves e que reúnam condições de fazer uma internação domiciliar, esta deve ser a opção, deixando-se a hospitalização para o último caso.

No caso específico da internação domiciliar, ressalta-se que está prevista na Lei 8.080/90, quando passa a vigorar acrescida do seguinte Capítulo VI e do art.19º:

“são estabelecidos, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o atendimento domiciliar e a internação domiciliar e a internação domiciliares incluem-se, principalmente, os procedimentos médicos, de enfermagem, fisioterapêuticos, psicológicos e de assistência social, entre outros necessários ao cuidado integral dos pacientes em seu domicílio.”
(Presidência de República - Casa Civil, 1990)

O suporte social é fundamental para a melhora do prognóstico dos dependentes de substâncias psicoativas. Uma investigação completa deve abordar a situação do sujeito em seu meio de convivência, a estabilidade do núcleo familiar e a disponibilidade deste para cooperar no tratamento, devendo-se organizar uma rede de suporte social.

Com a finalidade de melhor atendimento ao dependente químico, faz-se necessário criar mais instituições especializadas na prevenção e tratamento de dependentes químicos; criar uma rede de apoio que seja estruturada e informatizada para dar o suporte; dar um tratamento diferenciado para os jovens com relação à faixa etária e tipos de drogas; formar equipes multidisciplinares capacitadas na recuperação do dependente químico, além de fornecer às famílias instrumentos para compreender e melhor lidar com o consumo de drogas pelos seus membros e evitar o sentimento de rejeição.

2.4. A POLÍTICA DOS DIREITOS HUMANOS

Em 10 de dezembro de 1948, um dos primeiros atos da Assembleia Geral das Nações Unidas foi a proclamação de uma Declaração Universal dos Direitos Humanos. Diante da violência, da miséria, da discriminação e do preconceito que assolam o planeta, não se poderia deixar de reconhecer e, sobretudo, ressaltar a importância dos Direitos Humanos para toda a população mundial.

A expressão Direitos Humanos já diz, claramente, o que significa: os direitos do homem. Pode-se dizer que são direitos que visam resguardar os valores mais preciosos da pessoa humana, ou seja, direitos que visam resguardar a solidariedade, a igualdade, a fraternidade, a liberdade, a dignidade da pessoa humana. No entanto, apesar de facilmente identificado, a construção de um conceito que o defina, não é uma tarefa fácil, em razão da amplitude do tema.

Assim, entende-se por Direitos Humanos, aqueles direitos inerentes à pessoa resguardar a sua integridade física e psicológica perante seus semelhantes e perante o estado em geral, de forma a limitar os poderes das autoridades, garantindo, assim o bem estar social através da igualdade, fraternidade e da proibição de qualquer espécie de discriminação.

Para que isso ocorra é necessário o redirecionamento dos estudos jurídico no Brasil e quiçá o Mundo, no sentido de libertar o direito das “amarras” criadas pelo Positivismo. No sentido de “abrir os olhos” da população, em busca do justo, e não somente do que na sua grande maioria é injusto e não condiz com, a realidade social, além de ser hipócrita, por não atingir todas as camadas da população, deixando “de fora” uma grande parte, já tão massacrada. Cabe aos mestres e educadores a tarefa de desvincular o Direito da Lei, de mostrar a diferença entre eles e de ensinar que o Direito é, sobretudo, justiça.

Analisar a ideologia que permeia o Estado em suas intervenções no campo referente às drogas, seja no atendimento à dependência química ou no

enfrentamento ao tráfico, nos remete ao Estado de Política, instaurado no período medieval. Tratava-se de um “setor subsidiário da atividade do Estado, visando, sobretudo, à prevenção e punição dos ilícitos, mediante o emprego de um aparelho rígido e autoritário de investigação e intervenção” que se estende até fins do século XVIII.

Na própria conduta tomada a partir da primeira discussão do programa de redução de danos e nas demais situações de repressão, vistos no atual sistema de segurança pública, e se formos mais a fundo com nossa visão sobre as políticas públicas, em seus diferentes setores, pode-se ver ainda que as ideologias se parecem com as dos Estados de Política e Liberal.

No entanto, na contramão dessa lógica, os Direitos Humanos ao trabalhar com sujeitos que se tornam dependentes de substâncias psicoativas, assim como em outras áreas, buscam com estes, a partir de uma perspectiva de acolhimento, viabilizar a protagonização de seus projetos de vida. Projetos que encontram sérios desafios no atual contexto social do país, que não podem ser deixados de lado, na medida em que grande parte da população encontra-se atingida pelos fatores estressores sociais e afetada em suas condições de vida.

Afirma a autora: Fundamentalmente, o desemprego gera uma série de situações de vulnerabilidade, excluindo os sujeitos do acesso ao que consideram necessário para viver. Em meio a esse contexto, as ações no âmbito do SUS tornam-se contrastantes, pois à medida que se avança em propostas para a melhoria do atendimento à saúde, não há uma política econômica, cultural e social por parte do Estado que possibilite a recuperação do cidadão que adoecem nesse contexto e está motivado a se reerguer.

É importante ressaltar, contudo, que a lei do SUS traz os dispositivos para o enfrentamento de tal situação. Decreta que o atendimento aos cidadãos deve ser integral, descentralizado, de acordo com as necessidades de cada região. Deve haver a participação de seus usuários no controle social e ser intersetorial na perspectiva de construção de uma rede articulada para atender às diversas

demandas do usuário. Porém na prática não é o que acontece, pois ao se verificarem os avanços e os objetivos do SUS, para a atenção em saúde mental e simultaneamente as análises sobre como vem sendo tratada a questão da drogatização, o que se constata é a vigência de “velhos” padrões morais, alienantes, primitivos, que não podem coincidir, com as propostas da área as saúde em relação a um projeto de autonomia e emancipação dos sujeitos.

Hoje se pode notar que na esfera mundial, existem quatro tendências de políticas criminais relacionadas com as drogas. A primeira é o modelo norte-americano que prega a abstinência e a tolerância zero, constituem um problema policial e individualmente militar, adotam o encarceramento massivo dos envolvidos com drogas. A segunda tendência é o modelo liberal radical, ou seja, liberalização total. A droga provoca distintas consequências entre ricos e pobres, enfatizando que somente estes últimos iriam para a cadeia. O terceiro seria o sistema europeu, ou seja, de redução de danos. Desta forma, há a busca gradual da descriminalização das drogas, assim como por uma política de controle educacional, sendo a droga tratada como um problema de saúde pública. A quarta e última tendência á a justiça restaurativa, esta centra sua atenção no tratamento, propondo, assim, uma disseminação dessa forma como a mais adequada para cuidar do usuário ou dependente.

CAPÍTULO 3 – O DEPENDENTE QUÍMICO NO ORDENAMENTO JURÍDICO

3.1. “BOLSA-CRACK”, REDUÇÃO DE DANOS E INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA.

O “Cartão Recomeço” é um benefício que deve ser usado para a recuperação de dependentes químicos em entidades especializadas, e que ficou conhecido por “Bolsa Crack”, por pessoas que não sabem a sua finalidade, ou seja, acham que isso é um incentivo para o dependente químico usar mais drogas, quando é um incentivo para que o dependente busque tratamento.

O benefício será para os dependentes que procurarem recuperação voluntariamente. O paciente receberá um cartão com os seus dados, o “Cartão Recomeço”, que servirá para controlar a sua presença ao longo do tratamento, sendo assim nem o dependente, nem o familiar recebem nenhum valor em dinheiro, quem receberá será a entidades de recuperação especializadas, o valor disponibilizado para a recuperação do usuário é o equivalente ao tempo necessário para sua recuperação (R\$1350,00 por mês), para a instituição e não para a família ou para o dependente químico.

A redução de danos é conhecida pela sigla RD, no âmbito da psicoterapia, sendo utilizada para proporcionar uma reflexão ampliada sobre a possibilidade de diminuir danos relacionados a alguma prática que cause ou possa causar danos. Valoriza e põe em ação estratégias de proteção, cuidado e autocuidado, possibilitando mudança de atitude frente à vulnerabilidade. A RD constitui uma estratégia de abordagem dos problemas com as drogas, que não parte do princípio que deve haver uma imediata e obrigatória extinção do uso de drogas no âmbito da sociedade, seja no caso de cada indivíduo, mas que formula práticas que diminuem

os danos para aqueles que usam drogas e para os grupos sociais com quem convivem. O risco de suicídio, overdose e evolução dos efeitos prejudiciais da substância psicoativa tem que ser monitorados constantemente, cogitando involuntária e a desintoxicação.

A RD é também uma política pública oficial do Ministério da Saúde do Brasil, e de diversos outros países, para lidar de forma adequada com problemas que podem ser gerados pelo uso de álcool e outras drogas. Portanto, está preconizada na política de Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas (2003) e respaldada pela Portaria N° 1.059/GM de 04 de julho de 2005, do Ministério da Saúde, que destina incentivo financeiro para o fomento de ações de redução de danos em Centros de Atenção Psicossocial para o Álcool e outras Drogas-CAPS-AD e dá outras providências.

Redução de danos não pode ser confundida com incentivo ao uso de drogas, embora se fundamente no princípio da tolerância ou respeito às escolhas individuais. A RD contribui, entre outras coisas, para gerar informações adequadas sobre riscos, danos, práticas seguras, saúde, cidadania e direitos, para que as pessoas que usam álcool e outras drogas possam tomar suas decisões, buscar atendimento de saúde, quando necessário, e possam estar inseridas socialmente em um contexto de garantias de direitos e cidadania.

A RD também atua em um nível macropolítico, fomentando discussões e ações no campo das leis de drogas, sobre atenção em saúde mental e reforma psiquiátrica, sobre exclusão social e violência estrutural, entre outros temas relacionados às políticas públicas e legislação.

Os projetos em sua maioria são desenvolvidos marginalmente ao Sistema Único de Saúde, com pouca integração formal com outras instâncias. Seu espectro de ação em nosso meio é limitado não tendo na maioria dos lugares atingidos todos os setores que necessitam de seu trabalho na comunidade.

Por outro lado, mudanças vêm ocorrendo, nas capitais do país e cidades com certos números de habitantes, são implementados os CAPS-AD (Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas), as equipes são formadas por profissionais multidisciplinares (entre eles Psiquiatras, psicólogos, assistentes Sociais, Enfermeiros, Terapeutas Ocupacionais e Redutores de Danos).

Em Janeiro de 2013, o governo firmou parceria com o Ministério Público, o Tribunal de Justiça e a OAB (Ordem dos Advogados do Brasil) para plantão especial no Cratod (Centro de Referência de Álcool, Tabaco e outras Drogas) para atendimento aos dependentes químicos. Em casos extremos, a justiça pode decidir pela internação compulsória do dependente.

A dependência química é um dos fenômenos de mais difícil resolução da humanidade.

Se de um lado da moeda existe a droga, do outro estão a melhoria do sistema de ensino, o fortalecimento do papel familiar, a diminuição da pobreza, a inserção do dependente em atividades esportivas, lazer, trabalho, habitação, justiça e outros fatores. O tema deve ser discutido na perspectiva biopsicossocial; o tráfico, o fácil acesso às drogas, o desemprego e a violência pedem intervenções mais amplas e em diversas áreas.

A dependência química causa as chamadas comorbidades (doenças psiquiátricas associadas), exemplos: psicose, paranoia, esquizofrenia, manias, bipolaridade, entre outras, causando agressão ao sistema neurológico e até oscilação de humor.

A Lei 10.216/2001 dispõe sobre as modalidades de internação (voluntária, involuntária e compulsória) e em todos há necessidade de prévia avaliação multidisciplinar e um laudo médico que justifique a internação. No entanto, mesmo entre os psiquiatras e os profissionais de saúde, é grande a controvérsia sobre quando deve ou não ocorrer a internação. No entanto, mesmo entre os psiquiatras e os profissionais de saúde, é grande a controvérsia sobre quando deve ou não

ocorrer a internação á força. Como regra geral, argumenta-se que ela somente é cabível quando se provar a insuficiência dos recursos extra-hospitalares, ou quando apresente iminente risco à vida do dependente ou de terceiro, exemplo: risco de suicídio, abortamento, portador de esquizofrenia ou outra doença psiquiatria grave, surgindo assim uma questão mais complexa. A internação compulsória é eficaz?

Aqui cabe ao profissional da saúde fazer o dependente refletir sobre a internação, se este não estiver disposto a mudar, qualquer tentativa de ajuda acabará em nada. Entra aqui a equipe multidisciplinar preparada para fazer uma abordagem, que o faça repensar sobre seu objetivo de vida, orientando sobre reconstruir sua identidade e seu círculo de referências (familiar, social, profissional) focando nas habilidades e qualidades positivas. A interrupção do uso de drogas é uma consequência da reflexão e da apropriação desses valores. Assim sendo so ocorre internação compulsória em ultimo caso.

3.2. NA CONSTITUIÇÃO FEDERAL

A Constituição Federal (1988), no seu artigo 5º, inciso XLVI, trata do princípio da individualização da pena; como a privação da liberdade; perda de bens; multa; prestação social alternativa e suspensão ou interdição dos direitos.

A Carta Magna, em acordo com a democracia e à luz das garantias, deve ser entendida como respeitadora das diferenças e particularidade de cada pessoa e, conseqüentemente, o respeito ao direito á privacidade. Sendo assim, a lei penal deve ser entendida não como limite da liberdade pessoal, mas como garantia.

A Lei nº 6368/76 diz que o Estado não pode criar figuras que venham a agredir a essência da pessoa, suas liberdades, ou seja, sua dignidade, não apresenta compatibilidade com a Constituição, seja em termos de constitucionalidade, seja sob o ângulo do direito intertemporal. Por conseguinte,

havia um conflito de normas, entre a constitucional que protegia à privacidade, com a relacionada no artigo 16 da lei antiga, que feria este direito fundamental sob a justificativa de estar protegendo outro bem jurídico qual seja, a saúde pública.

Sendo assim, o fundamento da penalização do usuário de drogas, não encontrava embasamento nos princípios e normas constitucionais. Desta forma, o direito fundamental à liberdade é flagrante, analisado perante o estado Democrático de Direito, onde a democracia significa respeito às diferenças.

A Lei ancestral, ao tratar do usuário, elencava a proteção do bem jurídico, saúde pública em detrimento do direito fundamental à privacidade. Isso confrontava o ordenamento jurídico, pois não havia a compatibilidade da norma infraconstitucional com a Constituição.

No âmbito da saúde, é preciso destacar que a Constituição Federal de 1988, do artigo 196 ao artigo 200, promover uma verdadeira revolução, criando um novo, sistema de saúde pública no país. A Legislação Federal e Estadual do Sistema Único de Saúde (2000:14) determina que: “A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas, que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Dá conta, ainda, que o Sistema Único de Saúde deve dispor de serviços integrados em uma rede regionalizada e hierarquizada, basear-se na descentralização, com direção única em cada esfera do governo.

3.3. NA LEGISLAÇÃO TRABALHISTA

O absenteísmo é considerado um complexo problema para as instituições e geralmente tem caráter multifatorial. É comum encontrarmos decisões em que a

dispensa por justa causa com fundamento na embriaguez é descaracterizada, condenando a empresa reclamada no pagamento de verbas decorrentes de uma dispensa imotivada e até mesmo à reintegração do funcionário.

As dificuldades e dúvidas enfrentadas pelos empregadores na relação de trabalho com um dependente químico, bem como a discussão sobre a possibilidade de demissão deste funcionário, são temas de grande relevância atual, tendo em vista o assustador crescimento do consumo de drogas nas cidades brasileiras e seus indissociáveis reflexos na vida profissional dos dependentes, todavia, ainda considerado um tabu, tem sua importância ofuscada pelo preconceito e falta de informação.

As relações entre saúde e trabalho estão disciplinadas em três esferas, nas quais se encontram instrumentos legais, previstos constitucionalmente, que disciplinam tal relação. Estas esferas são:

Esfera do Trabalho - no Brasil a primeira legislação específica na área de saúde do trabalhador ocorreu em 1919. Uma das leis do Trabalho, que aborda, dentre outros temas, as condições de Segurança e Medicina no Trabalho, as Normas reguladoras e o trabalho da mulher e do menor.

Esfera da Saúde - a Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990) discorre sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde. Destacam-se também as competências do Sistema Único de Saúde (SUS) no que diz respeito à Saúde do Trabalhador e a inserção dos Serviços Especializados de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) nas empresas.

Esfera da Previdência Social - a Lei Orgânica da Seguridade Social nº 8.212, de 24 de Julho de 1991 dispõe, dentre outros temas, sobre a organização da Seguridade Social, além da Lei nº 8.213, de 24 de Julho de 1991 que aborda os Planos de Benefícios da previdência Social.

É de extrema importância ter-se conhecimento geral sobre as condições do ambiente de trabalho, propiciando condições para melhor fundamentar discussões

sobre as condições de saúde e trabalho, buscando melhoria nas mesmas, contribuindo para a qualidade de vida no trabalho.

Com o acima exposto, pode-se entender que não existe uma legislação trabalhista voltada para o dependente químico em particular.

CAPÍTULO 4 – O ENFERMEIRO NA PREVENÇÃO E ORIENTAÇÃO DO DEPENDENTE QUÍMICO

4.1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Observa-se, através de vários trabalhos analisados, que a Enfermagem ainda não está preparada para atender o dependente químico e sua família, pois a dependência química é caracterizada como uma síndrome causada pela perda de controle do uso de quaisquer substâncias psicoativas que atuam no sistema nervoso central, sendo ainda um dos grandes problemas na área da Saúde mental, e um grande desafio aos profissionais da saúde, como evidenciamos com a Enfermagem.

Utilizando-nos da conceituação dos modelos médico-sanitário e psicossocial, podemos dizer que a dependência química é um tipo de patologia clínica e social que exige um sério, corajoso e ético trabalho de rede. Tanto os familiares como os próprios dependentes químicos têm dificuldades ao vivenciarem experiências perante os desafios de mudanças elementares e fundamentais de relação e funcionamento, como também de formação de vínculos afetivos profissionais de segurança e apoio para sustentação do não uso de drogas. Portanto, a maior insegurança vivida pelos usuários, familiares e equipe terapêutica.

4.2. O ENFERMEIRO E O DEPENDENTE QUÍMICO

Analisando as ações de saúde desenvolvidas pelo enfermeiro junto a usuários de álcool e outras drogas, evidenciando os limites e possibilidades desta atuação extra hospitalares. Mesmo assim muitos enfermeiros, mesmo não estando

capacitados para atender esta população específica, assumem por sua conta e risco o cuidado e esta clientela, praticando e promovendo educação em saúde.

Os profissionais de saúde estão se destacando por enfrentarem a situação e implantando os projetos, que promovem a saúde, prevenindo assim o uso e abuso de álcool e outras drogas, trabalhando também com a interação social.

Os enfermeiros dos serviços da rede extra-hospitalar atuam na perspectiva tradicional de atenção em saúde, sendo suas ações no atendimento de comorbidades relacionadas ao atendimento médico.

Essa experiência, com atenção a usuários de álcool e drogas, coloca o enfermeiro face a face com inúmeros desafios, enfrentando algumas dificuldades como: trabalhar numa perspectiva diferente do que aprendemos na formação acadêmica; enfrentar a própria ansiedade, insegurança, preconceito e até incapacidade para lidar com o usuário de álcool e drogas; o estar preparado para desenvolver os programas que vem do Ministério da Saúde; criar protocolos de atendimento que permitam o monitoramento e avaliação de ações de enfermagem que possam ser desenvolvidas junto ao usuário de álcool e drogas e trabalhar em equipe, de forma a assegurar a integridade da assistência.

Precisamos conhecer a realidade do nosso município, para saber quem é dependente, qual a droga usada, como eles fazem uso, em qual intensidade, avaliando assim a situação da família, no trabalho e na comunidade. Depois de avaliar e estudar tudo isso podemos realizar um trabalho com esses dependentes e familiares, podendo ser um trabalho igual ao de outros municípios o podemos inovar, mas para isso devemos conhecer nossa clientela.

De acordo com a Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral ao Usuário de Álcool e outras Drogas, a assistência perpassa diferentes modalidades terapêuticas, devendo o profissional atuar de modo a Garantir a integridade da atenção à saúde. O enfermeiro deve identificar as necessidades de saúde destes dependentes, sendo assim o enfermeiro que atende este tipo de usuário deve-se

capacitar em saúde mental, tentar conhecer e visitar o trabalho em outros municípios ou CAPS, para saber humanizar o atendimento e não ter medo de se relacionar com esses usuários.

Dentre os possíveis enfoques terapêuticos às farmacodependências, deveremos optar por aqueles que acreditamos mais fecundos, ou seja, os que utilizam de conhecimento e intervenções das diversas áreas do saber. As terapêuticas que valorizem o autocuidado mostram-se como estratégias eficientes de intervenção, pois o autocuidado desenvolve e reforça nessas pessoas a capacidade de refletir sobre seus problemas e de se cuidar.

4.3. O ENFERMEIRO E A FAMÍLIA

Atualmente a droga é considerada uma questão econômica além de psicossocial, sendo assim no Brasil, na década de 70, os “drogados” eram mandados ao hospital psiquiátrico e tratados como marginais ou psicopatas irrecuperáveis, assim como as famílias, os profissionais de saúde também não viam com bons olhos esse indivíduos questionadores, ousados e abusados.

A família preferia internar o dependente químico, para assim se sentir “livres” desses, transferindo a responsabilidade a terceiros, não assumindo que entre familiar era viciado. Quando se estuda a família e as relações mantidas dentro delas percebe-se que o “marginal” tem sua função importante, este consegue preservar o “equilíbrio” familiar.

A terapia familiar foi se desenvolvendo e tratando de muitas patologias, ocorrendo assim o entendimento do usuário de drogas e suas características pessoais. Entender sua responsabilidade no processo do usuário de drogas e suas características pessoais. Entender sua responsabilidade no processo do uso, do abuso e da dependência, este usuário passou a fazer parte da dança das relações familiares e não podia mais ficar confortável no papel de vítima ou de abusar do efeito químico da droga para justificar seus atos.

A enfermagem deve estar preparada não só para atender o dependente químico, mas vezes esta despreparada para auxiliá-lo e ao mesmo tempo se sente culpado ou tenta se afastar, dizendo que o problema não é seu, porém o problema do ser usuário também é da família, esta deve estar equilibrado para ajudá-lo a buscar ajuda e não obrigá-lo a se tratar, pois isto gera uma instabilidade no dependente químico, que para provocar a família não quer ajuda e fala que para quando quiser, porém isso não existe, para deixar de ser um dependente químico tem que ter ajuda e querer se tratar, por isso deve-se ter uma equipe multidisciplinar para atender não somente o dependente como também a família, pois muitas vezes chegamos a conclusão de quem precisa de tratamento é a família.

Para se trabalhar com esse tipo de usuário, o enfermeiro deve-se ser capacitado para poder lidar com toda essa situação, ou seja, conhecer clínicas/CAPS, que prestam serviços aos dependentes químicos e familiares, sendo assim ele conseguirá tratar não somente do dependente, como também da família deste.

Quanto à inserção dos profissionais de saúde, observamos em nossa prática o fato de que poucos deles se dedicam a esta área de atuação e geralmente aqueles envolvidos não incorporam o conhecimento adivinho dessas intervenções, citadas anteriormente, talvez pelo pequeno acesso às investigações realizadas, o que evidencia ainda haver um distanciamento entre o mundo da pesquisa e o da prática clínica.

4.4. O ENFERMEIRO E A PREVENÇÃO DO USO DE DROGAS

O profissional de enfermagem pode desempenhar um papel importante nesta prevenção, entretanto, este tema precisa ser trabalhado durante sua formação, sendo importante que este desenvolva a habilidade de escutar e busque as histórias e experiências que o próprio dependente traz, trabalhando assim os aspectos negativos e positivos do uso de substâncias.

Observa-se através de pesquisas realizadas que existem poucos profissionais de enfermagem especializados para trabalhar com o dependente químico, encontra-se muitos trabalhos realizados por Psicólogos se preocupam mais com os dependentes químicos e estão mais preparados para atender o dependente químico.

A assistência de enfermagem deve ser dividida em fases para poder atender e ajudar o dependente químico, devendo tratar nestas fases sobre a desintoxicação deve-se avaliar as necessidades básicas afetadas (como: nutrição, condições de higiene, hidratação, integridade física e outros); realizar um exame físico geral no paciente junto de um familiar e anotar tudo, permanecer ao lado do dependente químico passando tranquilidade e o deixando em ambiente confortável.

Depois da equipe de enfermagem, deve estabelecer um vínculo de confiança com o paciente, oferecendo apoio quando necessário, porém estabelecendo limites e orientar e supervisionar a equipe com os cuidados de enfermagem. Esta equipe deve ser treinada para trabalhar com dependente químico podendo atender este como um todo, olhar holístico.

No que concerne à prática de enfermagem junto a usuários ou dependentes químicos, observamos que o planejamento dos cuidados é diversificado, não se prendendo apenas a um modelo, mas é uma maneira de intervir direcionada às necessidades de respostas aos problemas de saúde da população afetada, razão porque, prática nem sempre atende as especificidades dos usuários de drogas, já que se cuida de problemas tão complexos.

CONCLUSÃO

A disseminação do consumo de substâncias psicoativas em nosso país vem crescendo em larga escala. Várias são as motivações para o consumo, independente de classe social, idade e gênero. Mas, como foi possível observar neste trabalho, o tema carece de atenção por parte de todos da sociedade, profissionais da saúde, família e o Poder Público.

O discurso que predomina é o da repressão, da culpabilização do usuário, do controle a qualquer custo do “sujeito” que, aos olhos da lei e de uma parcela considerável da sociedade, não passa de um bandido. Esta atitude não possibilita nenhum tipo de atendimento, de compreensão acerca de todo um contexto social e familiar no qual o dependente faz parte.

No que concerne às famílias, estas se encontram em situação de abandono, cada vez mais desagregadas, desassistidas e enfraquecidas, como espaço privilegiado de socialização, sendo um segmento da sociedade que nos dias atuais é vítima da miopia das políticas sociais. Cabe às famílias dar conta dos seus problemas, resolver questões com as quais não consegue lidar sem apoio e respaldo de profissionais especializados e do próprio Poder Público.

Não obstante às problemáticas de ordem estrutural, as famílias têm de enfrentar ainda todo tipo de preconceitos e rótulos que lhes são atribuídos quando apresentam um membro acometido pela dependência química, o que desencadeia um processo de sofrimento e dificuldades de toda ordem.

É imprescindível a inclusão das famílias no tratamento de dependentes químicos, porém muitas famílias reagem de forma negativa quando são solicitadas a participar deste processo, pois para muitas, a instituição tem de dar conta e recuperar o dependente como num “passe de mágica”. Este comportamento se explica pelo fato das famílias já se sentirem desgastadas, cansadas de esforços contraproducentes e preferem se afastar do usuário por um tempo.

O grande desafio para o profissional de Enfermagem, inserido na área da saúde mental, mais especificamente no campo da dependência química, é o de sobrepor os preconceitos e estigmas o qual são submetidos os dependentes químicos e familiares. Através de atitudes críticas, investigativas e do deciframento da realidade, o profissional poderá transformar esta condição de sofrimento por parte dos usuários de drogas e criar condições para um agir competente e comprometido com a população, em especial as classes populares.

Para tanto é necessário ao profissional, apropriar-se das políticas públicas voltadas ao seu público-alvo, bem como promover articulações no sentido ampliar o âmbito de cobertura dos direitos sociais destinados à população.

REFERÊNCIAS

- DE ROPP, R. S. (1976). *As drogas e a mente* (2a. ed.). (J. G. Vieira, Trad.) São Paulo: IBRASA.
- LARANJEIRA, R. (2003). Abordagem, diagnóstico e tratamento. In: C. R. Paulo, *Usuários de Substâncias Psicoativas*. São Paulo.
- NAPPO, S. A. (1999). Análise qualitativa do uso de cocaína: um estudo em São Paulo. In: M. C. LEITE, *Cocaína e crack - dos fundamentos ao tratamento* (pp. 205-226). São Paulo.
- NONNENMACHER, A. P. (2013). *Meninos do Rock*. Barueri-SP: Nova Século.
- NOTO, A. R., & MOREIRA, F. G. (2005). Prevenção ao uso indevido de drogas: conceitos básicos e sua aplicação na realidade brasileira. In: D. X. SILVEIRA, & F. G. MOREIRA, *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 313-318). São Paulo: Atheneu.
- NOTO, A. R., FONSECA, A. M., SILVA, E. A., & GALDURÓZ, J. C. (2004). Violência domiciliar associada ao consumo de bebidas alcoólicas: um levantamento no estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*, 5, pp. 9-17.
- OLIVEIRA, L. G., & NAPPO, S. A. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, 42, 664-671.
- Prefeitura da Cidade de São Paulo. (2014). *Guia prático sobre uso, abuso e dependência de substâncias psicotrópicas para educadores e profissionais da saúde*. São Paulo.

Presidência de República - Casa Civil. (19 de setembro de 1990). *Lei 8080/90*.

Fonte: Subchefia para Assuntos Jurídicos:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm

SANCHEZ, Z. V., OLIVEIRA, L. G., & NAPPO, S. A. (2005). Razões para o não-uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública*, 39, 599-605.

SCHIDT, I. (1982). *A ilusão das drogas*. São Paulo: CASA.

SOUZA, A. L. (2008). *Direitos Humanos e Dependentes Químicos*.

ZALUAR, A. (2004). *Integração perversa: pobreza e tráfico de drogas*. Rio de Janeiro: FGV.