

As Dificuldades do Toxicodependente na Busca por Tratamento: Uma Breve Reflexão Teórica

*Alexandre Israel-Pinto**

Universidade Estadual de Maringá, Maringá, Brasil

RESUMO

Este estudo teórico tem como objetivo discutir as dificuldades enfrentadas por cidadãos toxicodependentes na busca por tratamento na atual sociedade. Para tanto, realizamos buscas, através de palavras-chaves (drogas, dificuldades, toxicodependentes, tratamento), nos periódicos indexados pela rede *SciELO* e, também, em alguns livros que tratam da temática proposta. O estudo revelou que conhecer intelectualmente os efeitos nocivos das drogas não é o suficiente para modificar o comportamento suicida do toxicodependente. Viver sóbrio em uma sociedade consumista é uma realidade bruta que não pode ser superada somente pelo saber. A discussão colabora para a reflexão de profissionais que trabalham, direta ou indiretamente, com toxicodependentes.

Palavras-chave: drogas; dificuldades; toxicodependentes; tratamento.

ABSTRACT

The Difficulties of Drug Addicts in Searching for Treatment: A Brief Theoretical Reflection

This theoretical study aims to discuss the difficulties faced by drug addicts citizens when searching for treatment in current society. Therefore we performed searches, through keywords (drugs, difficulties, drug addicts, treatment), in papers available at *SciELO* and also in some books that talk about this theme. The study revealed that to know intellectually the harmful effects of the drugs is not enough to modify the suicidal behavior of the drug addict. Living sober in a consumerist society is a tough reality that can't be overcome only with knowledge. The discussion contributes to a reflection among professionals who work directly or indirectly with drug addicts.

Keywords: drugs; difficulties; drug addicts; treatment.

A atenção que as substâncias psicoativas vêm despertando na mídia brasileira nos últimos anos não tem comparação em nossa história. Abordado de forma sensacionalista, por grande parte da imprensa televisiva, os meios de comunicação social exibem opiniões e discussões que, apesar de reduzida ou rara evidência, podem contribuir para uma reflexão diferenciada em relação ao sensacionalismo habitual. Essa superexposição apelativa do tema mostra o lugar ocupado pelo assunto na sociedade atual (Vendrame & Pinsky, 2011). No entanto, um dos mais importantes aspectos deste tema e que, em nossa opinião, está sendo deixado de lado é que o uso de drogas é um fenômeno mundial e acompanha a humanidade desde as primeiras civilizações; e o que mudou foi somente o significado e a forma como os indivíduos têm se relacionado com elas.

O objetivo deste estudo é apresentar uma breve discussão teórica sobre as dificuldades que os toxicodependentes encontram na busca por tratamento diante da atual sociedade. Uma discussão voltada não apenas à perspectiva da patologia (visão médica), mas, especialmente, ao viés do comportamento em sociedade (visão de homem integrado). A trajetória metodológica adotada, para a discussão do objeto investigado, está pautada na escolha de autores e textos pertinentes ao tema. Para viabilizar este estudo foram realizadas buscas, através de palavras-chave (drogas, dificuldades, toxicodependentes, tratamento), nos periódicos indexados pela rede *SciELO* e, também, em alguns livros que tratam da temática proposta. Embora algumas publicações encontradas não sejam recentes, o conteúdo permanece relevante nos dias atuais. Diante

* Endereço para correspondência: Alexandre Israel-Pinto – israel@uem.br

dessa perspectiva metodológica, partimos do princípio de que o método precisa estar apropriado ao assunto em questão. Portanto, concordamos com Furlan (2008), quando afirma que “métodos são procedimentos que consideramos adequados para responder à nossa questão; não é um *a priori* da pesquisa, ele faz parte dela” (p. 25).

Dessa forma, ao que se refere ao uso de substâncias psicoativas, o seu consumo pode ser entendido como uma questão de comportamento individual e social, e faz parte de um determinado momento e contexto histórico-cultural. Os comportamentos individuais não se sucedem isoladamente, portanto, têm uma série de elementos interconectados que fazem deles uma questão multidimensional (MacRae, 2001). Se analisarmos algumas sociedades peculiares, como as indígenas, vamos perceber que seus rituais (de oferendas aos seus deuses) eram permeados do uso de substâncias que, ao serem ingeridas, causavam sensações de prazer e de modificação intencional do estado de consciência. Portanto, é de se observar que tais substâncias encontram-se vigentes desde os primórdios da humanidade. Conforme Toscano Jr. (2001):

[...] a relação do homem com as substâncias psicoativas é bastante antiga ou, melhor dizendo, ancestral. Assim, mostra-se equivocada a ideia de que a presença das drogas é um evento novo no repertório humano. Na verdade, trata-se de uma presença contínua no tempo e que envolve não somente medicina e ciência, mas também magia, religião, cultura, festa e deleite. (p. 7)

Verifica-se o aspecto sociocultural existente em tais comportamentos. Assim, o consumo de drogas pode ser considerado, também, um fenômeno social, pois em todas as épocas e sociedades sempre existiu o uso de substâncias capazes de alterações no pensamento e comportamento (MacRae, 2001).

De acordo com Hallal e Halpern (2002), o desenvolvimento industrial fez com que a função mediadora e integradora da família fosse delegada a outras instituições como creches, escolas e meios de comunicação. Existem também embates culturais e “aculturação” na sociedade, ou seja, renúncia dos valores tradicionais sem substituição por outros com potencial de integração social. A partir de 1960, o consumo de drogas evoluiu nos movimentos *hippie*, passando a representar um modo de contestação da sociedade daquele momento e adquirindo novos significados (Hallal & Halpern, 2002).

No passado, o uso de substâncias psicoativas era costume de adultos em festas, cerimônias religiosas e

na preparação para a guerra. A desagregação familiar, o abandono social e a produção de novas drogas (cada vez mais acessíveis) tornam a drogadição um verdadeiro negócio na sociedade atual, onde o consumo tornou-se generalizado e abusivo, afetando a coletividade, quer pelas suas consequências no nível da saúde pública, quer pela criminalidade a ela associada (Mascarenhas & Dias, 2011).

Assim, o uso de substâncias psicoativas acompanhou o progresso industrial, no qual, mudanças no estilo de vida das pessoas fizeram com que o seu consumo passasse de um uso ritualizado (religioso), terapêutico (medicinal) e/ou prazeroso (recreativo) para uma busca exacerbada de fuga e alívio da realidade imediata. Frente a essa nova realidade, fundamentada no material (onde tudo é voltado para o consumo), o uso de substâncias psicoativas passou a ser uma forma de esquivar-se do desconforto existencial (Hallal & Halpern, 2002). Todavia, o uso indiscriminado de drogas pode resultar em dependência e, conseqüentemente, trazer grandes prejuízos à saúde mental e física do indivíduo. Em decorrência do grande número de pessoas que fazem uso indiscriminadamente de substâncias psicoativas e, principalmente, a quantidade de indivíduos dependentes de *crack* na atualidade brasileira, o tema das drogas tornou-se uma questão de saúde pública (Schneider, 2010).

A OMS – Organização Mundial da Saúde (1993) – entende que as substâncias psicoativas são aquelas que alteram comportamento, humor e cognição. Isto significa, portanto, que essas substâncias agem preferencialmente nos neurônios, afetando o Sistema Nervoso Central (SNC) – “mente” –, causando transtornos mentais. Em alguns casos, o consumo de substâncias psicoativas pode evoluir para a condição de toxicodependência, ou seja, uma enfermidade mental progressiva. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) a dependência de substância consiste:

Na presença de um agrupamento de fenômenos comportamentais, cognitivos e fisiológicos que se desenvolvem depois de repetido consumo de uma substância psicoativa, tipicamente associado ao desejo poderoso de tomar a droga, à dificuldade de controlar o consumo, à utilização persistente apesar das suas consequências nefastas, a uma maior prioridade dada ao uso da droga em detrimento de outras atividades e obrigações, a um aumento da tolerância pela droga e por vezes, a um estado de abstinência física. (American Psychiatric Association, 2002, p. 208)

É importante ressaltar que nem todo cidadão que faz uso de substâncias psicoativas é um toxicodependente. Inicialmente, é preciso entender a diferença entre usuário e dependente. Segundo as considerações de saúde pública, sociais e educacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), constantes no *site* do IMESC/SP – Instituto de Medicina Social e Criminologia de São Paulo (2010) – existem quatro tipos de consumidores de substâncias psicoativas:

1- Usuário experimental ou experimentador: limita-se a experimentar uma ou várias drogas, por diversos motivos, como curiosidade, desejo de novas experiências, pressão de grupo etc. Na grande maioria dos casos, o contato com drogas não passa das primeiras experiências. **2- Usuário ocasional:** utiliza um ou vários produtos, de vez em quando, se o ambiente for favorável e a droga, disponível. Não há dependência, nem ruptura das relações afetivas, profissionais e sociais. **3- Usuário habitual** ou “funcional”: faz uso frequente de drogas. Em suas relações já se observam sinais de ruptura. Mesmo assim, ainda “funciona” socialmente, embora de forma precária e correndo riscos de dependência. **4- Usuário dependente** ou “disfuncional” (dependente, toxicômano, drogadito, farmacodependente, dependente químico): vive pela droga e para a droga, quase que exclusivamente. Como consequência, rompe os seus vínculos sociais, o que provoca isolamento e marginalização, acompanhados eventualmente de decadência física e moral. É aquele usuário conhecido vulgarmente como “**viciado**”. (s/p)

De tal modo, o toxicodependente é aquele que coloca a droga, quase que exclusivamente, no centro da sua existência e, conseqüentemente, rompe os seus vínculos sociais (MacRae, 2001). Dessa forma, a toxicodependência pode comprometer a saúde mental e física dos cidadãos (de qualquer idade) e causar sofrimento tanto para o cidadão como para sua família e comunidade. Na maioria dos casos, ela pode ser diagnosticada e tratada de forma bem-sucedida e, a partir da soma desses entendimentos, hoje os cidadãos com toxicodependência têm uma nova esperança de viver uma vida plena e produtiva, em suas próprias comunidades. No entanto, é necessário que o Estado lhe dê condições para isso.

É também importante a compreensão dos determinantes do comportamento saudável, dado o papel que ele desempenha no estado geral da saúde. Muitas doenças físicas estão estreitamente ligadas às formas pouco saudáveis de comportamento, como o uso de álcool e outras substâncias psicoativas. No passado,

estudos mostraram que jovens sob o efeito de álcool, por exemplo, tinham mais probabilidades de ter práticas sexuais de alto risco, em comparação a jovens que não estão sob o mesmo efeito. O que os colocava em alto risco de uma série de doenças sexualmente transmissíveis, inclusive o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (Ramrakha, Capsi, Dickson, Moffitt & Paul, 2000).

Em linhas gerais, a toxicodependência é mundialmente classificada entre os transtornos psiquiátricos, sendo considerada como uma doença crônica que acompanha o indivíduo por toda a sua vida; porém, a mesma pode ser tratada e controlada, reduzindo-se os sintomas, alternando-se, muitas vezes, períodos de controle dos mesmos e de retorno da sintomatologia (Aguilar & Pillon, 2005). Por definição, o transtorno mental é um conjunto de perturbações e, embora os sintomas variem consideravelmente, tais transtornos são geralmente caracterizados por uma combinação de desordens nos pensamentos, emoções e comportamentos. E essas características podem ser consequência da “Síndrome de Dependência de Substância Psicoativa” (American Psychiatric Association, 2002).

A toxicodependência provoca alterações no funcionamento da mente que prejudicam o desempenho da pessoa na vida familiar, na vida social, na vida pessoal, no trabalho, nos estudos, na compreensão de si e dos outros, na possibilidade de autocrítica, na tolerância aos problemas e na possibilidade de ter prazer na vida em geral (MacRae, 2001). As complicações clínicas e sociais causadas pelo consumo de tais substâncias são, hoje no Brasil, bem conhecidas e consideradas um problema de saúde pública. Entretanto, as intercorrências da drogadição que afetam o viver social do cidadão toxicodependente exigem um trabalho conjunto entre a Psicologia e a Educação Social (Vasconcelos, 2000). Todavia, este estudo não tem a pretensão de discutir ambas as áreas, mas sim, limitar-se somente a contribuição psicológica que é a área de formação do autor.

O toxicodependente e a desinstitucionalização

Considerando que a toxicodependência é um tema inerente à esfera de saúde pública e mental, faz-se necessário ponderar sobre o movimento de desinstitucionalização que, no Brasil, é consequência da Reforma Psiquiátrica sob a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001, na qual é previsto o progressivo fechamento de leitos em hospitais psiquiátricos e a substituição destes por leitos em hospitais gerais (Ministério da Saúde, 2005).

De acordo com o documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2005), havia, sem dúvida, a necessidade de uma nova legislação, pois o Sistema Único de Saúde (SUS) não estabelecia normas específicas para a área da saúde mental. A Lei 10.216/01 vem regulamentar os direitos da pessoa portadora de transtornos mentais, tornando possível, por exemplo, no caso de internação compulsória, o paciente acionar a defensoria pública que pode constituir uma junta médica para melhor avaliar se aquela internação é mesmo indispensável. Em termos assistenciais a Lei 10.216/01 propôs uma mudança no funcionamento geral do atendimento, até então marcado pelo autoritarismo do modelo que vigorava nos hospitais psiquiátricos. A Lei 10.216/01 vem privilegiar a oferta de tratamento em serviços de base comunitária, propondo a progressiva substituição do atual modelo por uma rede de serviços extra-hospitalares cujo meio seriam os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS).

Nos CAPS a ideia é de estabelecer uma linha contínua de apoio ao doente mental, mantendo a mesma equipe acompanhando os pacientes em todos os momentos críticos de sua doença. Por exemplo, se um paciente entra em crise e precisa de internação, esta é feita no próprio CAPS, evitando que um profissional sem vínculo cuide do paciente. Passada a crise, os mesmos profissionais prosseguirão o acompanhamento. A equipe pode explorar os recursos presentes na comunidade e propor iniciativas no sentido de inserir o paciente em algum esquema possível de participação comunitária (Ministério da Saúde, 2005).

Quanto à toxicodependência, foi criado o Centro de Atenção Psicossocial de Álcool e Outras Drogas (CAPS-AD). Ao buscar os serviços do CAPS-AD pela primeira vez, o cidadão toxicodependente participa do chamado “acolhimento”, que consiste em uma conversa com um profissional especializado, que serve para fazer a avaliação, diagnóstico e elaboração de um plano terapêutico, composto por atividades coletivas e individuais a serem desenvolvidas ao longo do tratamento.

Não há internação integral no CAPS-AD – o cidadão com toxicodependência passa o dia desenvolvendo algumas atividades. O número de dias por semana depende do regime do plano terapêutico. As atividades desenvolvidas no CAPS-AD consistem em oficinas e trabalhos de convivência, monitoradas por psicólogos, terapeutas ocupacionais e, em alguns casos, ex-dependentes supervisionados. Os casos mais graves, que precisam de internação, como aqueles com

surto psicótico, overdose, síndrome de abstinência e risco de suicídio, são encaminhados aos hospitais gerais. No entanto, nem sempre o número de vagas que os municípios têm direito é suficiente (Ministério da Saúde, 2005).

Nos últimos anos a toxicodependência que mais tem aumentado a demanda por internações em hospitais gerais é a de *crack*. A falta de tratamento adequado para quem sofre os efeitos devastadores dessa droga torna ainda mais desesperadora a situação de famílias abaladas pelo vício. Segundo Gonzatto (2008), esse fenômeno do *crack* tem sido abordado por alguns profissionais brasileiros como uma possível pedra no caminho da Reforma Psiquiátrica. Os usuários de *crack* têm muita dificuldade na busca de tratamento especializado, pois não reconhecem o problema, enfrentam preconceitos pela ilegalidade da droga (que geralmente está ligada à criminalidade), o acesso ao tratamento é difícil e os serviços especializados não oferecem a intervenção ajustada às suas necessidades (Associação Brasileira de Psiquiatria, 2012).

É certo que este tipo de toxicodependência tem transformado muitos cidadãos em “escravos” dos seus efeitos (transtornos psicóticos) e, em grandes quantidades, o *crack* pode deixar o dependente extremamente agressivo, paranoico e fora da realidade. No que se diz respeito, especificamente, às questões sociais e individuais surgidas no fenômeno do *crack*, podemos destacar algumas das grandes dificuldades, além das antes mencionadas, como a desagregação familiar, violência, miséria, isolamento e sofrimento psíquico (Alberti, Inem, & Rangel, 2003).

A sensação de urgência por *crack* incentiva o cidadão dependente a realizar atividades ilícitas, intensificando o processo de marginalização social, com risco à sua liberdade e integridade física, psíquica e moral, consistindo, portanto, um importante “problema” à saúde pública, com necessidade de desenvolvimento de programas de intervenção e políticas públicas ao seu controle (Oliveira & Nappo, 2008). Há de se fazer agora uma reflexão sobre a possibilidade de tratar o cidadão dependente de *crack* sem a internação.

A internação do cidadão com toxicodependência, ao contrário do que se acreditava antigamente, não é solução para todos os pacientes. O tratamento no CAPS-AD, de fato, apresenta algumas vantagens sobre a internação, por ser menos custoso (possibilita ao serviço o tratamento de um maior número de dependentes), causar menor interrupção na vida do cidadão dependente (muitos dependentes que procuram tratamento, por exemplo, continuam a manter atividades

sociais e ocupacionais importantes, auxiliando na manutenção de toda a sua família). A internação carrega também um estigma social terrível, que é delegado ao cidadão toxicodependente.

O cidadão com toxicodependência, geralmente, aceita mais fácil o tratamento no CAPS-AD e este modelo busca que o paciente lide com sua compulsão em seu “mundo real” (ao qual irá retornar muitas vezes despreparado após período de internação). No entanto, há de se concordar com Oliveira e Nappo (2008) que existem algumas situações onde a internação é indicada – risco de suicídio; agressividade física decorrente de quadro psicótico; intensa disfunção de vida do cidadão dependente ou incapacidade de lidar com tarefas básicas de sua própria rotina (cuidados pessoais, alimentação, etc.) e fracasso das tentativas de abordagem ambulatorial.

Sabemos que a internação é uma medida extrema, pois além da privação total do uso da substância psicoativa e todo o sofrimento que esse processo acarreta, há também a supressão das relações sociais com os amigos, família e atividades cotidianas. Tal medida, contudo, se faz necessária nos casos críticos, quando as relações sociais já foram previamente desprezadas pelo cidadão com toxicodependência e a forma de vida que adotou despreza as necessidades básicas do próprio organismo (como se alimentar e dormir), e provavelmente seu destino seria a morte (Oliveira & Nappo, 2008).

É importante que se faça uma avaliação de risco pelas equipes de saúde para definir se é necessária ou não a internação. Geralmente no que diz respeito ao cidadão dependente de *crack*, quase sempre o paciente se encontra em situação de risco de vida, por estar mais exposto a situações de violência, o que sugere maior vulnerabilidade e aumento de fatores de risco para esse paciente (MacRae, 2001). Quando há a necessidade de internação, com vistas à desintoxicação associada aos cuidados emergenciais das complicações orgânicas e/ou à presença de algum tipo de comorbidade desenvolvida pelo uso e abuso de drogas, isso nos remete a um breve questionamento – internar é institucionalizar? Como isso é encarado pelo movimento de desinstitucionalização, no processo de Reforma Psiquiátrica? O que realmente significa desinstitucionalização?

Dentro do que se propõe o estudo em questão, é preciso esclarecer que a definição para o termo “desinstitucionalização” requer o entendimento do que significa instituição, no sentido da complexidade das

práticas e saberes que produzem formas de se perceber, de se entender e de se relacionar com o fenômeno social e histórico da toxicodependência. A palavra “instituição” pode ser entendida como algo criado para controle ou uma programação da conduta individual imposta por um estabelecimento, organização ou até mesmo pela sociedade. De acordo com Berger e Berger (1977), a palavra “instituição”, no sentido usual, designa uma organização que abranja pessoas, como, por exemplo: empresas, hospitais, prisões, universidades e, inclusive, a família. A família é considerada a primeira e mais importante instituição da sociedade humana. Assim, quando se deseja a desinstitucionalização é preciso primeiramente esclarecer de qual instituição estamos falando.

O processo de desinstitucionalização originário da proposta europeia, de modelar Reforma Psiquiátrica Italiana sob a Lei 180, de 13 de maio de 1978, não diz respeito apenas aos hospitais psiquiátricos, mas sim às instituições totalitárias. Para Basaglia (1982), os hospícios eram instituições totalitárias, construídas para controlar e reprimir trabalhadores que perderam a capacidade de responder aos interesses capitalistas de produção. Ele acreditava que o tratamento imposto por médicos e psiquiatras não passava de uma camisa de força alienante, com a finalidade única de devolver o paciente ao círculo produtivo. Nesse sentido seu significado é o do rompimento com um pensamento que visa submeter o cidadão paciente a processos de adestramento e exclusão. Sua proposta, portanto, será efetivada na medida em que tal pensamento for desconstruído. Dessa forma, desinstitucionalizar significa, também, alterar modos de gestão das instituições para que haja mudanças e isso acontece na medida em que o pensamento de quem as institui muda. Uma instituição não passa de resultados necessariamente difusos da ação de pessoas que lançam significados a ela. Uma instituição totalitária nada mais é do que o reflexo de quem a comanda.

No Brasil, por exemplo, a assistência psiquiátrica se encaixava perfeitamente nesse modelo de instituição totalitária, pois era marcada pela má qualidade, pela violação dos direitos humanos e, caracteristicamente, centrada no modelo hospitalocêntrico (Schetman, Alves, & Silva, 1996). No entanto, a partir da década de 1980, o Ministério da Saúde passou a efetivar as iniciativas políticas da Reforma Psiquiátrica Brasileira através da normatização e do financiamento de serviços substituíveis para a saúde mental. Com isso a atenção focou-se no atendimento ambulatorial, de caráter multidisciplinar, tendo como base as novas

diretrizes para a assistência na esfera da saúde mental. A assistência psiquiátrica passou a ter um enfoque mais preventivo e a ser estruturada num referencial de organização e planejamento de sistemas e serviços de saúde (Vasconcelos, 2000).

Segundo Vasconcelos (2000), ao dar prioridade ao novo enfoque no tratamento psiquiátrico, centrado no atendimento ambulatorial, almejou-se, entre outras coisas, a redução do estigma depositado sobre o paciente que era enquadrado na condição de “perigoso”. Dessa forma, o paciente passa a ser visto não mais como uma “ameaça”, reduzindo o estigma e os estereótipos presentes na categoria de “louco”. Todo esse processo colocou em pauta a necessidade da garantia mínima dos direitos dos usuários dos serviços. O movimento pró-Reforma Psiquiátrica Brasileira constituiu-se na luta pelo direito à saúde e numa forma de lidar com o sofrimento psíquico, com base nos princípios éticos de garantia dos direitos humanos e de cidadania.

Deste modo, ao que se refere ao cidadão com toxicod dependência, especificamente a do *crack*, a reflexão deve voltar-se não apenas ao tema desinstitucionalização, mas se a sociedade está estruturada para tratar sem excluir e se o mesmo está disposto a viver nessa sociedade que, talvez, o criou, privando-o de escolhas. Seria interessante pensar hipoteticamente que esses cidadãos optaram por um cachimbo proverbial com a intenção de se desfazer dele depois, mas quando não o fazem, não é porque existe algo inerentemente irresistível na substância (pedra de *crack*), mas porque o conjunto particular de circunstâncias em que esses cidadãos se encontram não oferece melhores alternativas de escolha do que o cachimbo destrutivo.

Oferecer, além de atendimento médico-psicológico, uma realidade diferente para esses cidadãos pode significar uma melhor alternativa para intervir e contribuir com a desinstitucionalização da sociedade. De acordo com Pelayo (1988), a reabilitação do cidadão com toxicod dependência pode ser compreendida como o restabelecimento do sujeito ao seu estado anterior ao de consumo da substância psicoativa, mediante um processo terapêutico. A questão é saber como era esse estado anterior ao consumo. Será que esse cidadão deseja voltar a sua realidade anterior? A qual contexto social ele pertencia? De que sociedade ele vem e qual autonomia ele terá?

O toxicod dependente e o psicólogo brasileiro

Diante do exposto e considerando a demanda observada, assim como em qualquer trabalho ou inter-

venção da psicologia, é fundamental dar importância ao papel e comprometimento que o profissional em psicologia deve assumir, visando sempre o bem-estar e saúde daquele que faz uso desse serviço. Partindo do pressuposto de que o tema em questão é uma urgência em saúde mental, esta pesquisa traz uma reflexão imprescindível quanto à atuação do psicólogo frente ao avanço da toxicod dependência. Trata-se, também, de um apelo ao não descaso dos serviços já existentes e ao exercício do ofício, sem entrar no mérito de qual intervenção é a melhor, mas sim procurando encontrar formas de legitimar o que temos de concreto em nossa sociedade.

Inicialmente, no que diz respeito à toxicod dependência, é importante salientar que não houve muitos avanços no atendimento. As formas tradicionais de atendimento, baseadas em hospitais psiquiátricos e clínicas, ainda predominam em relação às intervenções mais precoces e às ações comunitárias, que praticamente não se desenvolveram (Laranjeiras, 1996). De acordo com Schneider (2010), os discursos da Medicina ainda reforçam as formas tradicionais de atendimento, apresentando o toxicod dependente somente como um indivíduo “psicopatologizado”, submetendo-o aos dispositivos médico-terapêuticos e morais, constituindo-se em visão a-histórica e pouco crítica da produção social em torno do uso de drogas. Enquanto os psicólogos discutiam e criticavam as práticas das organizações não governamentais (como as comunidades terapêuticas), esquecia-se de discutir a inserção, na grade curricular dos cursos de psicologia, de disciplinas referentes às Políticas Públicas e a praticidade dos serviços.

Por ter sua origem na psiquiatria, a psicologia clínica durante anos se deteve no modelo de clínica enquanto domínio da experiência médica, denominada “prática de consultório”. Foi somente no século XVIII que as ideias psicológicas começaram a nascer do ventre da psiquiatria, primeiramente sob a influência do Romantismo, que destacava o valor da individualidade, ao praticar o culto do “eu”, imprimindo uma perspectiva subjetivista à área que tinha, até então, um olhar puramente mecanicista e organicista na compreensão dos “distúrbios nervosos”. Posteriormente, o encontro da medicina com a filosofia, como aconteceu na obra de Maine de Biran (1766-1824) e na de Victor Cousin (1792-1967), favoreceu um olhar mais unitário e psicossomático do homem, trazendo forte influência na explicação mais psicológica da psicopatologia e oferecendo alicerces para uma reflexão psicológica que mais tarde influenciou Freud (Schneider, 2002).

Segundo Schneider (2002), a definição de psicologia clínica é controversa e pode ser definida como: a) um **método**, na medida em que postula a avaliação e o diagnóstico criteriosos da situação e da história do sujeito concreto que demanda sua atuação, a fim de viabilizar uma intervenção segura (seja ela preventiva, psicoterapêutica, educativa, etc.) em sua realidade individual e social, pautando-se nos princípios da ciência. Para tanto, utiliza-se de diferentes técnicas, sejam elas específicas (testes psicológicos, dinâmicas de grupo) ou mais gerais (entrevistas, etc.); b) um **campo de atuação** do psicólogo, inserido na área da saúde e voltado para a superação do sofrimento psíquico dos sujeitos, seja em uma perspectiva individual e/ou grupal (famílias, equipes de trabalho, etc); c) uma **área de produção conhecimento**, ao ter como função, a partir da realização de pesquisas ou da sua prática, a elaboração de teorias e concepções acerca da realidade psicossocial e dos sujeitos nela inseridos estejam em situação de sofrimento psíquico ou não. Dessa forma, não podemos confundir a prática clínica como sinônimo de “prática de consultório”. O consultório é um dos lugares possíveis de intervenção psicológica, mas os cursos de psicologia não podem reduzir a formação do profissional somente a este ambiente (Schneider, 2002).

Com o surgimento das Políticas Públicas, veio também a necessidade de inserção da psicologia nos serviços de saúde pública. Essa necessidade causou insegurança em profissionais que não se sentiam preparados para a nova exigência social. A entrada do psicólogo no setor público de saúde acontece em um momento em que o modelo médico estava em franca decadência. Almejava-se desenvolver redes de serviços alternativos ao hospital psiquiátrico, que fossem concomitantemente mais eficazes e de menor custo. O interesse dos órgãos públicos por psicólogos decorre da constatação de que o psiquiatra não poderia modificar o quadro assistencial tradicional, necessitando-se, assim, de grupos multiprofissionais. Contudo, o impacto dessas novas propostas na formação do psicólogo, não foi suficiente para mudar o perfil dos cursos de psicologia que tradicionalmente era identificado com um modelo de intervenção clínica edificado em países com uma clientela de poder aquisitivo mais elevado (Nader, 1990).

Neste sentido, Martín-Baró (1997), sugere, dentro do contexto social brasileiro, que o problema a ser questionado nesta atuação reside nas próprias virtualidades da psicologia como “quefazer” teórico-prático. Em toxicodependência, não se deve jamais focalizar

somente as questões individuais e se esquecer dos fatores socioculturais (assim estará somente reproduzindo o sistema). Portanto, cabe ao psicólogo examinar o que somos, o que poderíamos ter sido e o que deveríamos ser frente às necessidades reais dos cidadãos. Um bom começo seria voltar-se para as raízes históricas da própria psicologia. É fundamental que a psicologia tome a consciência como objeto de reflexão, entendendo a consciência como uma realidade psicossocial. Essa consciência inclui a imagem dos cidadãos sobre si próprios, revelando o produto da sua história individual, não sendo um assunto privado, incluindo assim, as representações sociais do todo.

Sendo assim, Martín-Baró (1997), afirma que é necessário, com o apoio adequado, que os cidadãos assumam seus destinos; algo que exige superar a falsa consciência e atingir um saber crítico sobre si, o mundo e sua inserção no mesmo. Isso visa que o ser humano consiga transformar-se ao modificar sua realidade. A partir da mediação do psicólogo, esta conscientização poderia ser atingida tanto a nível individual como social. “O que fazer do psicólogo não pode limitar-se ao plano abstrato do individual, mas deve confrontar também os fatores sociais onde se materializa toda a individualidade humana.” (Martín-Baró, 1997, p. 17). Trata-se, portanto, do psicólogo assumir uma séria responsabilidade histórico-cultural. Isso só pode acontecer através do diálogo, levando os indivíduos a uma postura mais autêntica sobre o passado, mais genuína no presente e com um projeto futuro pessoal e social. Em suma, o profissional em psicologia deve assumir responsabilidades sociais.

Para Alberti et al. (2003), a psicologia deve ater-se na investigação da realidade do cidadão e escutá-lo, pois a toxicodependência pode ser espelho da situação de desaparecimento do “sujeito do desejo” (diante do mal-estar). O psicólogo tem que reservar a esse sujeito (toxicodependente) o lugar de sujeito-cidadão. A clínica se dá no discurso do psicólogo que deve identificar um cidadão e não um “drogadito”, colocando ele a trabalhar com todo o sofrimento que ele fizera equivar à substância psicoativa. Exige-se então, a presença do psicólogo com o ato de apostar no desejo, irrestritamente, intransigentemente até mesmo ao psicólogo.

Segundo Kalina (1976), a psicologia deveria propor ao toxicodependente uma possibilidade de “cura”, sendo que “curar” seria oferecer um modelo de vida em troca de outro. Isso aconteceria com uma intervenção psicológica que considerasse o indivíduo um ser único e capaz, ou seja, que o considerasse um ser humano com potencial para uma significativa melhoria

de vida, consciente da sua realidade e de que não é possível a felicidade completa (idealizada), mas sim meios mais adaptativos de lidar com as frustrações e angústias vivenciadas diariamente pelos cidadãos. Mascarenhas & Dias (2011) concordam que, ao considerar este indivíduo como pertencente a um contexto sociocultural e imerso num ambiente que também exerce fortíssima influência na sua vida, surge a necessidade de trabalhar com estes fatores externos. De maneira igualmente dialógica, espera-se trabalhar no ajuste do ambiente, a fim de que este mesmo se torne mais propício para a realização de escolhas que pautem pela valorização da vida, de uma maneira que seja possível para o indivíduo toxicod dependente se libertar da droga.

De forma geral, o psicólogo, quando inserido no setor público de saúde, e também nas comunidades terapêuticas, enfrenta a dificuldade em definir com clareza o seu papel nas ações interdisciplinares; tanto para profissionais de orientação analítica, como os de orientação cognitivo-comportamental. A resistência em socializar com a equipe informações sobre os casos acompanhados e a dificuldade em desenvolver ações de intervenção fora do *setting* clássico (ambiente fechado e privado) contribuem como grande obstáculo na integração multidisciplinar.

À GUIA DE UMA CONCLUSÃO

Podemos observar que a problemática da toxicod dependência, nos dias atuais, em solo brasileiro, tem sido cada vez mais encarada como algo que envolve questões de saúde pública. Das alternativas encontradas atualmente, detivemo-nos nesse trabalho na análise dos limites dos CAPS-AD, pois são utilizados como um meio de tratamento autêntico do Governo Federal, ou seja, fazem parte das políticas públicas brasileiras. Dar opções terapêuticas, portanto, é o passo esperado a seguir.

No entanto, é importante ressaltar que, nos dias atuais, em uma sociedade que privilegia o ter, transformando a pessoa em simples instrumento; que no discurso promete um ideal de bem viver, mas na prática seus concretos “valores” são o consumo e o acúmulo de objetos; fica difícil não imaginar a mídia controlando as maneiras de pensar, sentir e agir dos indivíduos. As pessoas se veem frente a um vazio interior, sintoma de uma forma social de viver sem sentido. Assim, nessa sociedade, o cidadão toxicod dependente não adoeceu porque começou a usar drogas, mas por já estar adoecido existencialmente. O uso da droga é

uma tentativa de “solução” ou “cura” para os problemas de uma existência já adoecida por um viver sem sentido na sociedade do consumo.

Uma condição importante para o tratamento da toxicod dependência no Brasil seria tratar, também, a sociedade, para que ela possa dar condições de mudança ao cidadão toxicod dependente. Tratamentos que visam apenas a desintoxicação não têm resultados duradouros. Para transformar um projeto suicida em um projeto de vida é necessário que o cidadão toxicod dependente esteja sinceramente motivado a querer viver na sociedade em que se encontra. Conhecer intelectualmente os efeitos nocivos das drogas não modifica o cidadão toxicod dependente. Viver sóbrio em uma sociedade consumista é uma realidade bruta que não pode ser superada somente pelo saber. É preciso construir ações que priorizem a questão humana, ou seja, a valorização dos cidadãos.

Ações de valorização do cidadão estão essencialmente ligadas às condições dignas de vida, como saúde, educação, emprego moradia, lazer, etc. Não que essas condições, em todos os casos, tenham de ser gratuitas. Mas que sejam alcançadas em conjunto, compartilhadas. Quando as pessoas viverem em uma sociedade que favoreça a valorização do “ser” e não do “ter”, isso poderá significar que cada “eu”, embora comprometido com o “outro”, permaneça um cidadão livre de drogas e de todos os outros vícios.

REFERÊNCIAS

- Aguilar, L. R., & Pillon, S. C. (2005). Percepción de tentaciones de uso de drogas en personas que reciben tratamiento. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13, 790-797.
- Alberti, S., Inem, L. C., & Rangel, F. C. (2003). Fenômeno, estrutura, sintoma e clínica: A droga. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 6, 11-29.
- American Psychiatric Association (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Associação Brasileira de Psiquiatria (2012). Abuso e dependência: Crack. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 58, 138-140.
- Basaglia, F. (1982). *A psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Brasil Debates.
- Berger, P. L., & Berger, B. (1997). O que é uma instituição social? In M. M. Foracchi, & J. S. Martins (Eds.), *Sociologia e sociedade* (pp. 193-199). Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos.
- Furlan, R. (2008). A questão do método na psicologia. *Revista Psicologia em Estudo*, 13, 25-33.

- Gonzatto, M. (2008, 17 fevereiro) Crack: a pedra no caminho da reforma psiquiátrica. *Jornal Zero Hora*, Porto Alegre, 36-37.
- Hallal, I. I. L. C., & Halpern, S. C. (2002). Abordagem ecológica: Uma visão ampliada do problema da dependência química. In G. Pulcherio, C. Bicca, & F. A. Silva (Eds.). *Álcool, outras drogas e informação: O que cada profissional precisa saber* (pp. 203-211). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. *InfoDrogas*. Retirado de <http://www.imesc.sp.gov.br/info drogas/Usuar.htm#Usuário%20dependente>
- Kalina, E. (1976). *Drogadição: Indivíduo, família e sociedade*. Rio de Janeiro: F. Alves.
- Laranjeira, R. (1996). Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45, 192-199.
- MacRae, E. (2001). Antropologia: Aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In S. D. Seibel & A. Toscano Jr. *Dependência de drogas* (pp. 25-34). São Paulo: Atheneu.
- Martín-Baró, I. (1997). O papel do psicólogo. *Estudos de Psicologia*, 2, 7-27.
- Mascarenhas, A. B. D., & Dias, I. (2011). A criminalização do uso de drogas e a criminalização pelo uso de drogas: Uma proposta de trabalho com dependentes químicos no contexto de um centro socioeducativo em Fortaleza, Ceará. *Revista NUFEN*, 3, 165-182. Retirado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2175-25912011000100010&script=sci_arttext
- Ministério da Saúde. (2005). Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. *Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas*. Brasília: OPAS.
- Nader, R. (1990). *Psicologia e transformação: Caminhos para a prática psicológica* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2008). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: Padrão de uso controlado. *Revista Saúde Pública*, 42, 664-71.
- Organização Mundial Da Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pelayo, R. G. (1998). *Pequeno Larousse Ilustrado*. Buenos Aires: Larousse S. A.
- Ramrakha, S., Caspi A., Dickson N., Moffitt, T. E., & Paul, C. (2000). Psychiatric disorders and risky sexual behaviours in young adulthood: Cross sectional study in birth cohort. *British Medical Journal*, 321, 263-266.
- Schetman, A., Alves, D. S. M., & Silva, R. C. (1996). Políticas de saúde mental do Ministério da Saúde. *IV Encontro de Pesquisadores de Saúde Mental e III Encontro de Especialistas em Enfermagem Psiquiátrica*. São Paulo: EERP-USP, 80-83.
- Schneider, D. R. (2002). *Novas perspectivas para a psicologia clínica: Um estudo a partir da obra Saint Genet – comédiet et martyr de Jean-Paul Sartre* (Tese de Doutorado). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.
- Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: Implicações para o tratamento. *Ciência Saúde Coletiva*, 15, 687-698.
- Toscano Jr., A. (2001). Um breve histórico sobre o uso de drogas. In S. D. Seibel, & A. Toscano Jr. *Dependência de Drogas* (pp. 01-06). São Paulo: Atheneu.
- Vasconcelos, E. M. (2000). *Saúde mental e serviço social*. São Paulo: Cortez.
- Vendrame, A., & Pinsky, I. (2011). Ineficácia da autorregulamentação das propagandas de bebidas alcoólicas: Uma revisão sistemática da literatura internacional. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 0, 0-0. Retirado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462011005000017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

Recebido em 12/04/2012
Última revisão em 04/01/2013
Aceito em 06/03/2013