

**AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE INTERNAÇÃO E TRATAMENTO DE
USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL**

João Victor Moraes Moreira¹ e Mikaelle Kathrine Paulino de Araújo¹

Fernando Figueiredo dos Santos e Reis²

CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ANÁPOLIS – UNIEVANGÉLICA

Nota do Autor

¹ Estudante concluinte do curso de Psicologia do Centro Universitário UniEvangélica de Anápolis;

¹ Estudante concluinte do curso de Psicologia do Centro Universitário UniEvangélica de Anápolis;

² Psicólogo, mestre em Psicologia Social, professor orientador do curso de Psicologia do Centro Universitário UniEvangélica de Anápolis

Anápolis,

2020

Resumo

O presente trabalho se embasa pela Lei 13.840 que ignora a política da redução de danos, para os casos em que a pessoa não consegue abandonar o vício. Além de negar as redes do SUS, como as redes de atenção psicossocial, tratando assim as comunidades terapêuticas como única forma de tratamento, através do modelo biomédico, que possui a política de abstinência. Considerando que a Organização Mundial de Saúde – OMS, acata o uso abusivo de drogas como uma doença crônica e recorrente, constituindo-se um problema de saúde pública. Uma das instituições disponíveis para o auxílio da recuperação e reinserção do toxicomaniaco à sociedade são as Comunidades Terapêuticas que tem como objetivo principal promover o abandono do uso de psicoativos e o isolamento do usuário, através da intervenção de uma equipe multidisciplinar que visa reduzir o sofrimento do indivíduo, levando em conta a complexidade do humano e sua subjetividade, trazendo uma visão psicanalítica a respeito da relação do Outro para o gozo.

Palavras-chave: álcool e outras drogas, comunidade terapêutica, políticas públicas, toxicomaniaco

AS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE INTERNAÇÃO E TRATAMENTO DE USUÁRIOS DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NO BRASIL

O presente trabalho trata-se de uma pesquisa teórico-documental, que de acordo com Gil (2002), a pesquisa documental apresenta algumas vantagens por ser “fonte rica e estável de dados” (p.46). Como os documentos subsistem ao longo do tempo, tornam-se a mais importante fonte de dados em qualquer pesquisa de natureza histórica.

Tendo como objetivo geral, explicar a contribuição da psicologia no tratamento e na reinserção social do toxicomaniaco, através das Comunidades Terapêuticas, pautadas pelas políticas nacionais sobre álcool e outras drogas no Brasil.

A relação entre indivíduos e o uso de drogas acompanha toda a história da humanidade. No período paleolítico os homens já experimentavam raízes e alimentos naturais que modificavam sua consciência e a partir da revolução do neolítico, com o cultivo de outros alimentos, o homem passou a acumular diversos conhecimentos farmacológicos, complexos e eficazes para algumas doenças, além de conhecimentos sobre fermentação de alimentos que tinham efeitos psicoativos (Escohotado, 1998).

Considerando que a Organização Mundial de Saúde – OMS (2001), acata o uso abusivo de drogas como uma doença crônica e recorrente, constituindo-se um problema de saúde pública, ou seja, que piora com o passar do tempo, primária, que gera outras doenças e fatal.

Uma das instituições disponíveis para o auxílio da recuperação e reinserção do toxicomaniaco à sociedade são as Comunidades Terapêuticas, que de acordo com a ANVISA (2001), estabelece que o serviço de atenção às pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas deverá ser pelo modelo psicossocial. Isto é, reconhece a existência e o trabalho destas instituições e estabelece um modelo básico para o seu funcionamento: o psicossocial, na intenção de garantir o caráter terapêutico de suas ações.

O presente trabalho se embasa pela Lei 13.840 aprovada em 5 de junho de 2019, no plenário, que altera o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), que classifica medidas relacionadas à prevenção do uso de psicoativos, à atenção para a saúde de usuários e à repressão ao tráfico.

Reforçamos que a Lei 13.840 ignora a política da redução de danos, para os casos em que a pessoa não consegue abandonar o vício. Além de negar as redes do SUS, como as redes de atenção psicossocial, tratando assim as comunidades terapêuticas como única forma de tratamento, através do modelo biomédico, que possui a política de abstinência. Como afirma

Raupp & Milnitiski-Sapiro (2008), que descrevem que o modelo moral dificulta o desenvolvimento das singularidades e potencialidades dos internos, o que também dificulta o alcance de uma recuperação duradoura. Questionamos que não existe uma única forma de abordar o problema. Não existe uma única maneira de tratar. Qualquer proposição que tente enfrentar o problema deve ter uma visão ampla.

O surgimento das Comunidades Terapêuticas

Com a ineficácia das estratégias para o combate as drogas, considerando uma comunicação ineficiente entre os órgãos públicos, teve como resultado ações confusas, visando apenas uma limpeza do território e a dispersão dos “indesejados” para a periferia (Maierovitch, 2012). Juntamente, com uma sociedade que não dispõe, de uma forma eficaz, um serviço de atenção psicossocial distribuídos nos territórios, tendo uma rede insuficiente para a demanda levantada pelas consequências do uso/abuso das drogas lícitas e ilícitas, a internação e o isolamento acabam encontrando aceitação social (Delgado, 2011), sendo buscadas as instituições que promovem este tipo de tratamento, como as comunidades terapêuticas, que vem adquirindo destaque após os investimentos do Sistema Único de Saúde (SUS) (Brasil, 2011).

Este tipo de instituição, as Comunidades Terapêuticas, como considera Goffman (2005), é uma instituição total, considerada como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada (p.11), portanto, são estabelecidos limites à comunicação com o exterior e o mesmo com o recebimento de informações a respeito da sociedade, por meios de comunicação (p. 44). Regras rígidas regulam a saída, e a coerção para a entrada, bem como o recebimento de visitas (p. 24). Ou seja, apesar das variações das políticas de tratamento, as Comunidades Terapêuticas se enquadram neste conceito, pois administram de forma a reger a vida de seus pacientes com o poder de estabelecer regras de convivência e, também, de aplicar punições aos infratores.

Houve-se a origem destas Comunidades Terapêuticas após a reforma psiquiátrica da Revolução Francesa, no qual objetivavam humanizar e dar um sentido terapêutico aos hospitais gerais, onde os indivíduos denominados “loucos” e marginalizados eram recolhidos. De acordo com Amarante (1995) e Jorge (1997) afirmam que Maxwell Jones (1972) iniciava o movimento definitivo de reforma psiquiátrica mundial, desenvolvendo o modelo de Comunidade Terapêutica (CT) psiquiátrica, pois afirmava que “de maneira recíproca, a total dependência e

passividade precisa ser mudada a fim de permitir-lhe uma participação mais ativa em sua própria cura e na dos outros” (p. 43).

Jones não era o único que marcou a reforma psiquiátrica, juntamente com Franco Basaglia (1926-1984) que foi o precursor da reforma psiquiátrica na Itália, no qual não era o seu objetivo, fundar com a psiquiatria, mas sim, após instruir-se sobre as teorias acerca das relações entre poder de Michel Foucault, Basaglia formulou a “negação da psiquiatria”, no qual admite que a psiquiatria não era capaz de formular o fenômeno complexo da loucura (Amarante, 1996), sobre a perspectiva única de intervenção clínica, o indivíduo acometido pela loucura, necessitaria de outras necessidades.

Outro responsável pelo surgimento das Comunidades terapêuticas foi Frank Buchman, fundador de uma organização religiosa, denominada grupo de Oxford, que consistia, em sua mensagem principal, retornar à pureza e à inocência dos primórdios da Igreja Cristã, trazendo o renascimento espiritual dos cristãos acolhendo de modo amplo, todas as formas de sofrimento humano. Considerando os transtornos mentais e uso de substâncias como sinais de destruição espiritual, desta forma, também consideravam motivos de preocupação desta organização. Esta organização desenvolveu o programa da Synanon, que foi a primeira Comunidade Terapêutica estadunidense, que havia como objetivo ajudar o indivíduo a descobrir e alterar atitudes, comportamentos característicos associados a dependência de substâncias psicoativas. Este programa foi a fundação para a Comunidade Terapêutica Daytop Village, fundada em 1983 pelo monsenhor William O’Brien e por David Deitch, tornando-se o programa terapêutico mais completo e o maior exemplo deste tipo de abordagem (Fracasso, 2017).

Já no Brasil, havia o movimento antimanicomial nos meados da década de 80 que trazia a necessidade de um novo modelo de conduta para o tratamento de toxicomaníacos, como afirma Tenório (2002), Luchmann e Rodrigues (2007) e Pitta (2011), que necessitam de retomar a cidadania do doente mental, como maneira de melhorar a sua autonomia, e conseqüentemente sua qualidade de vida, superando a visão predominantemente clínica, adquirindo uma visão holística do ser.

Isto posto, com a desinstitucionalização da psiquiatria, desenvolvida em Trieste, na Itália, por Franco Basaglia, as Comunidades Terapêuticas foram inseridas como serviço para tratamento de dependentes químicos e familiares após terem passado por várias modificações, a fim de se adequarem às necessidades de seus membros. (Pivetta, 2014)

Na medida que as Comunidades Terapêuticas desenvolvem-se, sente-se a necessidade de regulamentar esta instituição, em frente a este cenário o Padre Haroldo funda, em 16 de outubro de 1990, a Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT).

Após a criação desta federação, estipulou-se que as CT regulamentadas no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD) são entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, sendo respaldados pela Anvisa, que estipula que às Comunidades Terapêuticas ofereçam um “serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, segundo modelo psicossocial” (Anvisa, 2001). Isto é, reconhece a existência e o trabalho destas instituições e estabelece um modelo básico para o seu funcionamento: o psicossocial, na intenção de garantir o caráter terapêutico de suas ações.

Trajetória das legislações sobre drogas no Brasil

Para se fazer entender o que se altera nas Políticas Públicas de álcool e outras drogas no Brasil, é necessário compreender a trajetória das antigas leis para assim chegar na atual Lei 13.840/19, aprovada no dia 05 de junho de 2019. Tal lei altera para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências.

No Brasil, a primeira lei que tratou sobre drogas foi o Decreto-Lei 891/1938, sancionado durante o governo de Getúlio Vargas, denominada de Lei de Fiscalização de Entorpecentes, era de caráter extremamente repressivo em relação aos dependentes químicos. O decreto proibia o cultivo, a colheita, o consumo e a exploração de drogas. Resguardava a cultura limitada para fins terapêuticos, desde que favorável o parecer do órgão fiscalizador vigente à época (Brasil, 1938).

Para os dependentes químicos, chamado pela lei de toxicômanos ou intoxicados habituais, a internação era de forma compulsória. A toxicomania por substâncias entorpecentes, era considerada doença de notificação compulsória, em caráter reservado, à autoridade sanitária local. Não era permitido o tratamento de toxicômanos em domicílio. A necessidade de internação era verificada por representação da autoridade policial ou requerimento do Ministério Público e se dava após decisão judicial pelo tempo julgado suficiente pela perícia. A embriaguez habitual também tinha os mesmos efeitos diante da lei (Brasil, 1938).

Anos depois foi sancionada a Lei 6368/1976 durante a ditadura e no governo de Ernesto Geisel. A lei dispunha sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido

de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. (Brasil, 1976).

O tratamento e recuperação dos dependentes químicos tinham como medidas previstas as redes dos serviços de saúde dos Estados, Territórios e Distrito Federal contando, sempre que necessário e possível, com estabelecimentos próprios para tratamento dos dependentes de substâncias a que se refere a presente Lei. O tratamento sob regime de internação hospitalar será obrigatório quando o quadro clínico do dependente ou a natureza de suas manifestações psicopatológicas assim o exigirem.

Também foi sancionada a Lei nº 10.409/2002 que dispunha sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências (Brasil, 2002).

Contudo, a lei 10.409/02, sofreu diversos vetos, o que acabou levando ao fracasso desta lei. A Lei ficou em vigor por apenas quatro anos. Perante disso, era necessário a criação de uma nova lei. Com a criação da nova lei, seria revogado as Lei nº 6.368/76 e a Lei nº 10.409.

Sendo assim, entrava em vigor a Lei nº 11.342/2006 na qual institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas - SISNAD; prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas; estabelece normas para repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas; define crimes e dá outras providências (Brasil, 2006).

No capítulo II da Lei nº 11.342/2006 traz a relação com os crimes. O Art. 33 diz que importar, exportar, remeter, preparar, produzir, fabricar, adquirir, vender, expor à venda, oferecer, ter em depósito, transportar, trazer consigo, guardar, prescrever, ministrar, entregar a consumo ou fornecer drogas, ainda que gratuitamente, sem autorização ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

Como visto na trajetória das leis que trata sobre drogas no Brasil, é notório que não se trata apenas de um problema criminal, mas também um problema de saúde pública. De fato, todas as leis incluíam o tratamento do usuário, mas poucas falavam sobre a redução de danos ou de diferentes tipos de tratamentos, sendo que o mesmo tratamento não é válido para todos. O que torna necessário ter uma visão ampla da situação e diferentes modos de tratamento, para que se possa torna mais efetivo e ter um alcance maior de recuperados.

Projeto de Lei da Câmara nº 37, de 2013

Durante seis anos de tramitação no Senado, o PLC 37/2013 foi aprovado com alterações pelas comissões de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) e de Educação, Cultura e Esporte (CE). O PLC 37/2013 é um projeto de autoria da Câmara dos Deputados, que teve iniciativa pelo então, na época, Deputado Federal Osmar Terra. A decisão do projeto foi aprovada pelo Plenário, gerando a norma jurídica da Lei nº13.840 aprovada em 05 de junho de 2019, sendo transforma em norma jurídica com veto parcial.

O Projeto de Lei altera as Leis nºs 11.343, de 23 de agosto de 2006, 7.560, de 19 de dezembro de 1986, 9.250, de 26 de dezembro de 1995, 9.532, de 10 de dezembro de 1997, 8.981, de 20 de janeiro de 1995, 8.315, de 23 de dezembro de 1991, 8.706, de 14 de setembro de 1993, 8.069, de 13 de julho de 1990, 9.394, de 20 de dezembro de 1996, e 9.503, de 23 de setembro de 1997, os Decretos-Lei nºs 4.048, de 22 de janeiro de 1942, 8.621, de 10 de janeiro de 1946, e 5.452, de 1º de maio de 1943, para dispor sobre o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas e as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e para tratar do financiamento das políticas sobre drogas (Brasil, 2019).

Atual Lei sobre álcool e outras drogas no Brasil

A atual lei sobre álcool e outras drogas no Brasil, é a Lei nº 13.840 de 05 de junho de 2019, traz em seu Art. 1º alteração a Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, para tratar do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas, definir as condições de atenção aos usuários ou dependentes de drogas e tratar do financiamento das políticas sobre drogas e dá outras providências (Brasil, 2019).

Na seção II da Lei 13.840, em seu Art. 8-A, traz sobre as competências à União, que cita como formular e coordenar a execução da Política Nacional sobre Drogas; elaborar o Plano Nacional de Políticas sobre Drogas, em parceria com Estados, Distrito Federal, Municípios e a sociedade; Coordenar o SISNAD; estabelecer diretrizes sobre a organização e funcionamento do SISNAD e suas normas de referência; elaborar objetivos, ações estratégicas, metas, prioridades, indicadores e definir formas de financiamento e gestão das políticas sobre drogas

No Capítulo II – A da Seção I da Lei nº 13.840 diz sobre a formulação das Políticas sobre Drogas, no qual deve promover a interdisciplinaridade e integração dos programas, ações, atividades. Viabilizar a ampla participação social na formulação, implementação e avaliação

das políticas sobre drogas; priorizar programas, ações, atividades e projetos articulados com os estabelecimentos de ensino, com a sociedade e com a família para a prevenção do uso de drogas;

Na formulação das Políticas sobre Drogas, como dito no Capítulo II – A da Seção I da lei, em alguns pontos ela reforça o que é dito no Art. 196 da Constituição Federal de 1988.

Art. 196. 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.

Além de trazer a importância e promover a interdisciplinaridade sobre a saúde, a formulação também foca em outras áreas como educação, trabalho, cultura e lazer. Sendo esses pontos uma forma de prevenção ao uso de drogas, e também uma forma de ampliar a reinserção aos usuários de álcool e outras drogas.

No que se refere ao tratamento do usuário e dependente de drogas, a Lei traz na Seção IV do Art. 23-A que para a realização do tratamento é dada prioridade para as modalidades de tratamento ambulatorial, baseados em evidências científicas. Diante disso, fica em evidência que para obter resultados positivos durante o tratamento de dependência química é necessário que se tenha uma equipe multiprofissional especializada e qualificada na área como médicos, enfermeiros, psicólogos, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, para o qual deve ser desenvolvido um projeto individual para cada paciente. E priorizando que esses atendimentos sejam realizados e que ocorram em locais como CAPS, Hospitais-Dia, NASF e consultórios de rua.

No parágrafo 3º do Art. 23-A da seção IV, ele traz os dois tipos de internação que são consideradas:

I - Internação voluntária: aquela que se dá com o consentimento do dependente de drogas;

II - Internação involuntária: aquela que se dá, sem o consentimento do dependente, a pedido de familiar ou do responsável legal ou, na absoluta falta deste, de servidor público da área de saúde, da assistência social ou dos órgãos públicos integrantes do Sisnad, com exceção de servidores da área de segurança pública, que constate a existência de motivos que justifiquem a medida (Brasil, 2019)

A internação de dependentes de drogas, segunda a lei, somente seria realizada em unidades de saúde ou hospitais gerais. Como dito no parágrafo 9 do Art; 23-A é vedada a realização de qualquer modalidade de internação nas comunidades terapêuticas acolhedoras.

As Comunidades Terapêuticas são instituições de acolhimento voluntário a dependentes de substâncias psicoativas. Não integram o SUS, mas são consideradas equipamentos da rede suplementar de atenção, recuperação e reinserção social de dependentes (Ministério da Saúde [MS], 2019).

Na seção V refere-se ao Plano Individual de Atendimento - PIA

Art. 23-B. O atendimento ao usuário ou dependente de drogas na rede de atenção à saúde dependerá de:

- I - Avaliação prévia por equipe técnica multidisciplinar e multissetorial; e
- II - Elaboração de um Plano Individual de Atendimento - PIA (Brasil, 2019)

Dentro dos critérios mínimos para a realização do Plano Individual de Atendimento – PIA será necessário a avaliação técnica de equipe multiprofissional e multissetorial, contemplar a participação dos familiares ou responsáveis, no caso de crianças e adolescentes, atividade de integração e participação da família.

Como nas antigas leis sobre álcool e outras drogas, novamente não é priorizado de forma afetiva a participação do usuário na construção da melhor forma de tratamento. O que seria eficaz a participação dele durante a realização do PIA. A participação da família e do usuário é essencial para melhora e desenvolvimento no tratamento. A situação na qual o usuário se encontra, não é apenas prejudicial para ele, mas também acaba afetando seus familiares. O que torna necessário estratégias para que o tratamento tenha um maior alcance, devendo também ser trabalhado a família.

Outro ponto essencial no qual a Lei não se refere em relação ao PIA, é sobre uma reavaliação desse tratamento. É necessário que o PIA passe novamente pela equipe multiprofissional para que sejam levantadas questões se o tratamento está sendo ou não eficaz, e a melhor forma de melhorar, trazendo assim benefícios e qualidade de vida ao usuário. Considerando que o PTS está definido como um conjunto de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito ou coletivo, resultado de uma discussão interdisciplinar de uma ou mais equipes onde todas as opiniões e propostas são importantes para tentar entender o sujeito (Brasil, 2008).

Como dito anteriormente é vedado qualquer modalidade de internação em Comunidades Terapêuticas, mas seção VI fala sobre o acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora, dentro deles tem alguns critérios como

Seção VI - Do Acolhimento em Comunidade Terapêutica Acolhedora

Art. 26-A. O acolhimento do usuário ou dependente de drogas na comunidade terapêutica acolhedora caracteriza-se por:

I - Oferta de projetos terapêuticos ao usuário ou dependente de drogas que visam à abstinência;

II - Adesão e permanência voluntária, formalizadas por escrito, entendida como uma etapa transitória para a reinserção social e econômica do usuário ou dependente de drogas (Brasil, 2019)

O trabalho nessas comunidades terapêuticas acolhedoras deve ser realizado um projeto terapêutico visando a abstinência. A adesão e permanência deve ser de forma voluntária, e não como traz no parágrafo 3º do Art. 23-A da seção IV, no qual é considerado dois tipos de internação, a internação voluntária e a internação involuntária, sendo assim, é vedado o isolamento físico do usuário ou dependente de drogas. Também se faz necessário a elaboração do PIA.

A Lei nº13.840 faz alterações em algumas outras leis. Diante dessas alterações o Art. 6º A Lei nº 11.343, de 23 de agosto de 2006, passa a vigorar com alterações. Passar a vigorar a destruição das drogas apreendidas sem a ocorrência de prisão em flagrante e feito a incineração, no máximo em 30 dias, sendo guardado uma amostra para à realização de um laudo definitivo. Cabendo ao juiz decretar a apreensão e outras medidas assecuratórias no caso em que haja suspeitas de que os bens, produto ou valores sejam produto de crime. Sendo assim, o juiz também poderá determinar a pratica de atos necessário, a ordem de apreensão de bens, direito ou valores.

No Art. 61 da Lei 13.840, traz que os bens apreendidos irão para leilão, os valores arrecadados serão depositados em conta judicial remunerada, e após sentença condenatória transitada em julgado, serão revestidos ao Funad, Fundo Nacional antidrogas. Porem comprovado o interesse público na utilização de quaisquer dos bens, poderá fazer uso, sob a responsabilidade e com o objetivo de sua conservação, mediante autorização judicial.

Como foi possível observar, desde a primeira lei que tratou sobre drogas no Brasil o Decreto-Lei 891/1938, até à atual lei 13.840, o método optado foi de sustentação no movimento higienista e proibicionista do uso das drogas. Sempre foi visado a abstinência, principalmente nas comunidades terapêuticas e tratando na lei em vigor, sendo esse o tratamento indicado para todos os usuários.

O papel do psicólogo durante o tratamento nas Comunidades Terapêuticas

O processo de desintoxicação do toxicomaniaco pode variar dependendo da abordagem da instituição, que oferece este tipo de tratamento, podendo ser através da política da

abstinência, ou da política da redução de danos, que inclui um plano terapêutico singular (PTS), com uma equipe multidisciplinar, incluindo psicólogos e psiquiatras.

De forma geral, os tratamentos incluem: tratamentos medicamentosos, com ou sem internação; tratamentos não medicamentosos com internação; tratamentos não medicamentosos através do ingresso em grupos de ajuda mútua; terapias cognitivo-comportamentais e/ ou psicanalítica. De acordo com Queiroz (2001), com exceção da psicanálise, as outras ofertas de tratamento estão pautadas, majoritariamente, no princípio da abstinência.

As instituições fechadas, as quais classicamente têm como objetivo principal promover o abandono do uso de psicoativos e o isolamento dos usuários (Bastos, 2009). No entanto, os tratamentos pautados sob a ótica biomédica, que ocorre em instituições fechadas são criticados pelo fato de que o isolamento do paciente da sociedade cria um ambiente artificial, cujas características não podem ser reproduzidas fora de seus muros, além de enfatizar mais o uso da droga, do que a singularidade do ser, pois toda a base deste princípio é o afastamento da substância (abstinência), do que a ressignificação, do indivíduo, do uso destas substâncias. Composto-se de um sistema estruturado, com limites, regras, horários e responsabilidades claras, e, geralmente, se encontram em locais afastados dos centros urbanos. Baseiam-se na disciplina e em normas estritas, como: afastamento da comunidade, trabalho em grupo, laborterapia, abstinência de drogas e sexo, e aplicação de penalidades aos desvios. Os internos ‘recuperados’ têm função de apoio no tratamento dos demais e grande parte do trabalho é voluntário (Fracasso, 2011).

Desta forma, o psicólogo clínico, como preconizado pelo Conselho Regional de Psicologia, atua através de intervenções que visam reduzir o sofrimento do indivíduo, levando em conta a complexidade do humano e sua subjetividade, ocorrendo tanto no nível individual, grupal, social ou institucional, implicando estratégias preventivas, diagnósticas ou curativa. Sendo que a intenção é que, a partir do uso de técnicas de prevenção e de recaída, a pessoa consiga atingir a abstinência e, com isso, seja capaz de readaptar-se socialmente, elaborando as suas dificuldades pessoais e tendo consciência das questões relacionadas ao seu vício e a possibilidade de recaída. Pois, é fato, que o desejo de se reabilitar, que o toxicomaniaco possa ter, é fundamental para a adesão eficaz das estratégias de tratamento e à não reincidência na drogadição, como afirma Andrade, Castel e Hochgraf (1995), “independente dos tratamentos a serem aplicados ao usuário, deve-se ter em conta que é fundamental existir o desejo de se tratar por parte do paciente e que tal fator se constitui em um poderoso elemento para a adesão ao tratamento”.

Na medida que a procura por assistência, constata-se que a resistência ao tratamento assume várias formas dada a sua variedade, envolvendo diferentes tipos de abordagens, seja no aspecto biológico (medicamentoso), seja no aspecto psíquico (terapias e análise situacionais) ou social (familiares e rede de suporte). Por isto é importante considerar o trabalho interdisciplinar entre psicólogos e psiquiatras, facilitando para que aconteça esta adesão ao tratamento e a diminuição à evasão do mesmo. Castel (1997) destaca também que o abandono ao tratamento pode ser uma condição estabelecida pelo paciente:

Talvez os pacientes determinem o tempo de tratamento que julgam necessário, independente do julgamento dos profissionais envolvidos. Ou, ainda, o fato de melhorar implique em assumir novas responsabilidades e mudar prioridades (trabalhar, por exemplo). O tempo dedicado ao tratamento passaria então a ser dirigido a outras atividades (p. 123).

Por isso a assistência psicoterápica prestada através da terapia de grupo no trato de suas questões pessoais e de sua relação com a droga, para que possibilite que o toxicomaniaco não se sinta isolado em sua busca pela recuperação. Proporcionando, assim, fatores facilitadores na adesão ao tratamento, podendo realizar uma análise através de discussões sobre o trabalho da equipe, permitindo uma avaliação das dificuldades recorrentes entre os profissionais e o toxicomaniaco ou de algum profissional para com outro profissional, bem como através do entendimento do que interfere na dinâmica do tratamento e suas resoluções pertinentes.

A visão psicanalítica sobre toxicomaniaco

Segundo as teorias freudianas, a relação que se faz entre a sociedade e o sujeito, como apresentada em o Mal-estar na civilização (Freud, 1930), estaria relacionada com o mal-estar do homem por não conseguir cumprir as exigências sociais, o que acabaria gerando um sentimento de culpa, um sentimento de falta, que precisaria ser suprido de alguma forma. Sendo assim, Freud diz que “A vida, tal como a encontramos, é árdua demais para nós; proporcionamos muitos sofrimentos, decepções e tarefas impossíveis. A fim de suportá-la, não podemos dispensar as medidas paliativas” (Freud, 1930 P. 49).

Diante disso, Freud (1930), relaciona medidas pelas quais o homem busca maneiras para lidar com o sofrimento, sendo esses caminhos pelo qual o homem vai atrás da sua felicidade, buscando formas de sentir prazer e evitando a dor. Tais medidas seriam a ciência e/ou a religião, a satisfações substitutivas relacionado com a sublimação e também com a arte, e substancias toxicas relacionando com a sensação de anestesia.

Portanto, o homem é guiado pelo princípio do prazer, ele vai em busca de maior satisfação e felicidade, tentando ao máximo evitar passar pelas experiências nas quais vão gerar sofrimento e tristeza.

Freud (1930), conclui que, “Contudo, os métodos mais interessantes de evitar o sofrimento são os que procuram influenciar o nosso próprio organismo. ” (P. 51). Ou seja, através da intoxicação, que influencia o organismo e alterando sua química, provocando assim mudanças no corpo. O uso de drogas seria uma forma de escapar da realidade, buscando uma nova satisfação pulsional, como propõem Melman (2000) e Sinatra (1996) que as drogas é como mais um objeto de consumo, capaz de proporcionar a obtenção rápida e fácil de prazer, de forma comparável aos demais *gadgets* produzidos pela ciência. Partindo do ponto de vista que o sujeito evita o confronto com a sua castração, busca o não sentir da angustia que surgiria de sua relação com o desejo do Outro, que é apontado pela impossibilidade da existência de um objeto, que no caso a droga, que torne a satisfação completa.

Está relação com o desejo do Outro, à um nível inconsciente, pode ser substituída pelo gozo em que a droga proporciona, justamente pelo fato de que a droga ocupa o lugar da relação com este Outro, mas na medida em que está relação vai se intoxicando, dificulta-se o abandono do gozo deste objeto (a droga), pois o gozo em que está substância química proporciona ao toxicomaniaco toma-se o único recurso para o alívio de suas angustias e decepções.

Considerações Finais

Diante das mudanças vivemos um retrocesso da conquista da Reforma Psiquiátrica fazendo com que a internação de usuários de álcool e outras drogas em Comunidades Terapêuticas se torne uma estratégia cada vez mais utilizada, retrocesso marcado pela denominação de Erwing Goffman (2005), como instituição total, pois nesta definição a Comunidade Terapêutica obtém características manicomiais, por elencar-se na custódia e na gestão de seus internos, sem ter qualquer grau de interação social, evidenciando um espaço de mortificação, transfigurando-se em total contravenção à idealização de Franco Basaglia (1924-1980), que idealizava uma sociedade em que seria possível construir um lugar para os loucos, portadores de sofrimento mental, os diferentes, os divergentes, tornando-se uma sociedade de inclusão e solidariedade (Amarante, 1995).

Este novo gênero de instituição não existe uma fiscalização, descrição e análise de funcionamento da mesma. As atividades desenvolvidas geralmente são laborterapia, encontro grupais, e também existe bastante foco na espiritualidade, principalmente evangélica cristã. Não

existe uma fiscalização eficiente dos Planos Individuais de Atendimento de cada paciente, até porque a equipe profissional/técnica é desfalcada, sem uma multidisciplinariedade, dificultando a execução de um trabalho bem feito. O ambiente democrático, de mobilidade social, no qual todos os membros possam fazer-se responsáveis pelo grupo e pela instituição, independentemente das suas características pessoais (Maxwell Jones, 1972).

Portanto, deve-se abrir um espaço para participação e escuta do usuário, levando em conta suas necessidades, desejos, demandas e queixas diante do serviço que está sendo oferecido. Fazendo com que se reconheça os direitos e possibilidades de ressignificação de vivências e experiências, respeitando os seus direitos como pessoas e cidadãos. De acordo com Fernando Tenório (2002) “ Para ser almejada e alcançada, a singularização dependerá de que a forma das relações sociais e humanas na instituição parta da horizontalização como meta, e em alguma medida, seja vivida como exercício. ”

Para as práticas destas questões necessitam de um atendimento adequado e interdisciplinar, indo de acordo com as orientações indicadas pela Organização Mundial de Saúde e uma reformulação das práticas de fiscalização do FEBRACT.

Considerando todo o apresentado até o momento, fica evidente que o novo modelo proposto visa como finalidade última a ressocialização, ou seja, o retorno do doente mental à sociedade e à família, de acordo com as reais possibilidades de cada caso, e para isto busca desenvolver diversos dispositivos que se adaptem a cada necessidade, como o CAPS, residências terapêuticas, hospitais-dia, NASF, consultórios de rua e outros dispositivos que podem ser adaptados com a finalidade de garantir a integralidade do atendimento ao doente mental desospitalizado, tendo uma visão sistêmica do toxicomaniaco, considerando que a dependência é resultado de inúmeros fatores, sendo necessário adaptar os diferentes manejos de tratamento.

REFERÊNCIAS

- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). Resolução RDC nº 29, de 30 de junho de 2011. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União.
- Amarante P. (1995) organizador. Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz;
- Amarante, P. (1996). O Homem e a Serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ.
- Anvisa (2001). Resolução da diretoria colegiada nº101. São Paulo: Anvisa/Senad.
- Bastos, A. (2009). Considerações sobre a clínica psicanalítica na instituição pública destinada ao atendimento de usuários de álcool e/ou drogas. Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
- Brasil Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- Brasil. Decreto-lei nº 891, de 25 de novembro de 1938. Aprova a fiscalização de entorpecentes. Congresso Nacional. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Decreto-Lei/1937-1946/Del0891.htm.
- Brasil. Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976. Dispõe sobre medidas de prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, e dá outras providências. Revogada. Congresso Nacional. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L6368.htm.
- Brasil. Lei nº 10.409, de 11 de janeiro de 2002. Dispõe sobre a prevenção, o tratamento, a fiscalização, o controle e a repressão à produção, ao uso e ao tráfico ilícitos de produtos, substâncias ou drogas ilícitas que causem dependência física ou psíquica, assim elencados pelo Ministério da Saúde, e dá outras providências. Revogada. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10409.htm.
- Brasil. Lei n.º 11.343, de 23 de agosto de 2006. Institui o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas. Congresso Nacional. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/111343.htm.
- Brasil. Lei Nº 13.840, de 5 de junho de 2019. Congresso Nacional. Brasília. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13840.htm.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2008) Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutico Singular. Série textos básicos de saúde. Brasília, DF.
- Brasil. Senado Federal. Médicos (2011). Contestam comunidades terapêuticas. Em Discussão, ano 2, n.8, p.64-65. Disponível em:

<http://www.senado.gov.br/NOTICIAS/JORNAL/EMDISCUSSAO/dependencia-quimica.aspx>.

- Castel, A. G., S., & Hochgraf, P. B. (1995). Transtornos psiquiátricos associados ao uso de substâncias psicoativas. In M. R. Louzã Neto, T. Motta, Y. P. Wang, H. Elkis (Orgs.), *Psiquiatria básica* (pp. 121-135). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Castel, S. (1997). Fatores de predição de prognóstico de fármaco-dependentes avaliados pela escala de segmento de dependentes de substâncias psicoativas. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de São Paulo, São Paulo
- Delgado, Paulo Gabriel Godinho. (2011) *Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil*. *Ciência e Saúde Coletiva*, v.16, n.12, p.4701-4706.
- Escotado, A. (1998). *A História General de las Drogas*. Madrid: Espanha.
- Fracasso L. (2011) *Comunidades Terapêuticas*. In: Diehl A, Cordeiro DC, Laranjeira R, *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas*. Porto Alegre: Artmed; p. 61-9
- Fracasso. L. 2017. *Comunidades Terapêuticas: Histórico e Regulamentações*. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas (SENAD).
- Freud, Sigmund (1930). *O mal-estar na civilização*. 2. ed. Ed. Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas. Rio de Janeiro: Imago, 1987, vol. XXI.
- Gil, Antônio Carlos (2002). *Como elaborar projetos de pesquisas*/Antônio Carlos Gil. - 4. ed. - São Paulo: Atlas.
- Goffman, E. (2005) *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Jones, M. A (1972). *Comunidade Terapêutica*. Petrópolis: Ed. Vozes.
- Jorge, MAS. (1997) *Engenho dentro de casa: sobre a construção de um serviço de atenção diária em saúde mental [dissertação]*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz.
- Luchmann LHH, Rodrigues J. O movimento antimanicomial no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 2007; 12(2): 399-407
- Maierovitch, Walter. (2012). *O terror higienista*. Carta Capital. Disponível em: www.cartacapital.com.br/sociedade/o-terror-higienista.
- Melman, C. (1997) "Por que o ICMS não é aplicável à sessão de psicanálise?", in Goldemberg, R. (Org.) *Goza!: capitalismo, globalização e psicanálise*. Salvador: Ágalma
- Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Governo amplia acolhimento para dependentes químicos comunidades terapêuticas*. 2018
<https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44488-governo-amplia-acolhimento-para-dependentes-quimicos-comunidades-terapeuticas>

- Organização Mundial da Saúde (2001). Transtornos devido ao uso de substâncias. Em Organização Pan-Americana da Saúde & Organização Mundial da Saúde (Orgs.). Relatório sobre a saúde no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança (pp. 58-61). Brasília: Gráfica Brasil.
- Pitta AMF. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*; 16(12): 4579-4589
- Pivetta, Oreste. Franco Basaglia, *il dottore dei matti: la biografia*. Milano: Baldini & Castoldi. 2014
- Queiroz, I. (2001). Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicologia: ciência e profissão*.
- Raupp, Luciane Marques, & Milnitisky-Sapiro, Clary. (2008). A "reeducação" de adolescentes em uma comunidade terapêutica: o tratamento da drogadição em uma instituição religiosa. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24(3), 361-368. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000300013>
- Sinatra, E. (1996) "*Paradojas del consumo: tontos, cínicos e canallas*", in *La racionalidad del psicoanálisis. La Paz: Plural*.
- Tenório, F. (2002). A reforma psiquiátrica brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceitos. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*; 9(1): 25-5