Manuel Morgado Rezende

Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de Saúde Mental

Tese de doutorado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção de título de Doutor em Saúde Mental.

Orientador: Prof. Dr. Isac Germano Karniol

CAMPINAS

1999

Manuel Morgado Rezende

Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de Saúde Mental

CAMPINAS

1999

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

R339d

Rezende, Manuel Morgado
Tratamento de dependentes de drogas : diálogos com profissionais da área de Saúde Mental / Manuel Morgado Rezende. Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientador : Isac Germano Karniol
Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.

1. Toxicômanos - Reabilitação. 2. Substâncias - Abuso. 3. Pessoal da área médica - Treinamento. I. Isac Germano Karniol. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca examinadora da tese de Doutorado

Orientador: Prof. Dr. Isac Germano Karniol

Membros:

1.
2.
3.
4.
5.

Curso de pós-graduação em Saúde Mental da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data:

Este trabalho é dedicado aos profissionais da área de Saúde Mental que participaram desta investigação. A todos, nossa gratidão pela indispensável ajuda que permitiu a realização do presente estudo.

AGRADECIMENTOS

Foi um privilégio poder contar com a ajuda de tantas pessoas que possibilitaram a realização de nossa tese de Doutorado. Nesses vinte anos de trabalho com transtornos relacionados a substâncias psicoativas, recebi influências de colegas, pacientes, especialistas, leigos, leituras, que de alguma forma devem estar presentes neste trabalho. A todos os interlocutores, a nossa gratidão e reconhecimento pela possibilidade de podermos, agora, ocupar o lugar de autor. Simplesmente, o emergente grupal.

Aos amigos, colegas e alunos da Universidade de Taubaté (UNITAU), pelo estímulo e apoio ao desenvolvimento deste trabalho, especialmente a José Rogério Lopes, interlocutor dos primeiros esboços.

À psicóloga Luciana Souza Lima e a assistente social Aline Resende pela colaboração no trabalho de transcrição das fitas com as entrevistas deste estudo.

À Flavia Garcia de Macedo, amiga de tantas lutas, minha mais profunda gratidão, pela leitura e críticas quanto a forma de apresentação da análise das entrevistas desta tese.

Às minhas filhas Paula Carolina e Nara Cristina, pela torcida e amor recebidos. Vocês são pessoas preciosas.

À Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional, à Comissão de Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, que, através de dedicados e compententes profissionais, possibilitaram um grande salto qualitativo na apresentação científica do presente trabalho. Agradeço, também, à Rachel Maria Dias pelo esmerado trabalho de revisão do texto de parte desta tese.

Através da Profª. Drª. Maria Júlia Ferreira Xavier Ribeiro, atual Pró-reitora de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Taubaté, agradeço pela política de incentivo à formação dos docentes e pela concessão de bolsas de estudo. Ao CNPq, pela ajuda financeira através de bolsa de estudos.

No Mestrado, em Psicologia Clínica, com a orientação da Profª. Drª. Maria Emília Lino da Silva, fui estimulado a pensar pensamentos e redigi-los com flexibilidade e clareza. E, agora, no Doutorado, o que aconteceu?

Bem, devo ao meu orientador, Prof. Dr. Isac Germano Karniol a oportunidade de continuar a desenvolver a minha formação científica. O Dr Isac ofereceu-me confiança e liberdade para produzir. Fui um orientando privilegiado. Assim que concluí e entreguei o projeto para o exame de qualificação, o Dr Isac, do seu estratégico posto de observação científica, embasado em seu saber e competência, enriquecidos pela experiência acadêmica, percebeu a necessidade de realizarmos mudanças na tática do jogo metodológico. Deixou-me mais solto, porém, menos divagador, sugeriu-me ampliar o conjunto de entrevistados e delimitar os objetivos a serem pesquisados. Logo, eu tinha apenas a tarefa de fazer o gol, posto que a bola fora tabelada na frente da meta. O exame de qualificação do projeto (outubro de 1996) trouxe-me alegria e muita disposição para prosseguir.

Em agosto de 1998, encaminhei o boneco de tese ao Dr Isac e, três semanas depois, recebi-o de volta. Fora objeto de um exame minucioso e atento. Uma farta quantidade de apreciações e críticas foram apresentadas ao pobre boneco. Tratei, desde logo, de aproveitar as generosas sugestões. Fui invadido por elementos alfa, a função alfa se realizou, houve material para desenvolver o aparelho de pensar pensamentos e chegarmos em concepções, conceitos e no sistema dedutivo científico (da grade de Bion). Intuo que eu e meu orientador fizemos uma dupla continente-contido e que, novamente, diante da tática final do jogo e da qualidade dos lances indicados, eu estava com a bola na marca de "pênalti". Espero ter chutado para gol. Muito obrigado pela "rêverie" que me permitiu transformar o sonho em realização.

"(...) por qualquer avaliação, a dependência de substâncias é uma condição preocupante, que ameaça a vida. Nós e nossos pacientes estamos apostando muito alto e, certamente, cabe nos assumir nossas responsabilidades, conseguindo o melhor tratamento possível para cada paciente, e tão cedo quanto possível". (Griffith Edwards, 1997)

RESUMO

No presente estudo, apresentamos e discutimos, uma revisão bibliográfica sobre aspectos individuais, familiares e socioculturais do uso, abuso e dependência de drogas, dando ênfase às intervenções terapêuticas. Em geral, optamos por apresentar detalhadamente estudos da literatura científica atual, os quais foram considerados padrões para o aspecto discutido. Destacamos, outrossim, documentos da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1996) que refletem a preocupação com a necessidade de avaliarem-se os tratamentos de usuários de drogas, bem como o treinamento e a formação dos profissionais que atuam na assistência a estes usuários e na prevenção ao consumo de substâncias psicoativas.

Entrevistamos vinte e dois profissionais de Saúde Mental, de diversas formações de nível universitário - Medicina, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Psicologia, Enfermagem, Psicanálise - que atendem farmacodependentes nas cidades de Taubaté e São José dos Campos, localizadas no Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. Incluímos, na presente pesquisa, profissionais que atuam nos hospitais psiquiátricos (localizados em São José dos Campos), na área de Saúde Mental do serviço público e (ou) em consultório particular das cidades supracitadas.

Investigamos características relativas à formação, atuação e alguns dos pontos de vista e observações destes profissionais sobre a experiência de atendimento a pacientes que apresentam transtornos relacionados a substâncias. Compilamos o que os profissionais pensam do usuário de drogas e da família deste, quais os objetivos estabelecidos para o atendimento e quais os métodos e (ou) técnicas empregados para que tais objetivos sejam atingidos. Abordamos, também, os resultados que eles relatam ter obtido, os critérios para avaliação destes, as principais dificuldades encontradas no decorrer dos atendimentos, se empregam alguma forma de registro de dados e de observações e se ocorreram mudanças na compreensão da dependência de drogas no decorrer da experiência profissional.

A análise estatística descritiva, da amostra pesquisada, revelou que o tempo médio de experiência na área é de 13.1 anos. A quase totalidade dos profissionais começou a lidar com dependentes de drogas por acaso, 4.6 anos, em média, após o término da graduação. Em geral, não tiveram formação prévia. Atendem uma média de 17.2 pacientes e de 9.5 famílias por semana.

Os diálogos com os entrevistados indicaram que há insatisfação com os resultados obtidos e com as condições de trabalho. Praticamente não há cursos de reciclagem, controle de eficácia, ou "follow-up". A improvisação e o uso de técnicas ecléticas predominam sobre as intervenções definidas e avaliadas sistematicamente. A experiência assistencial é dominante em relação a de pesquisa, ou de atualização da literatura científica especializada.

1. INTRODUÇÃO

Na defesa de nossa dissertação de Mestrado, **Curto - Circuito: Relacionamentos em Famílias estáveis e Farmacodependência. Estudo de casos** (REZENDE, 1993), encontramos. na ante-sala, o jornal CORREIO POPULAR (1993), aberto numa página em que se destacava a manchete: "Estudantes mortos tinham cocaína no carro". A notícia iniciava-se como se segue:

"A luta desesperada do estudante Samuel Machado Cunha, 18 anos, para salvar a vida do amigo, Marcelo Sorrentino, de 19, foi em vão. Samuel, em pânico, tentava desenrolar a língua do amigo. Depois, ele mesmo passou a sentir-se mal. Os dois morreram a caminho do pronto-socorro do Hospital Dr. Mário Gatti (...)"

Antes de se tratar de um simples acaso, o fato jornalístico assinalado é representativo das perdas humanas por uso e abuso de drogas psicoativas. Outrossim, confirma a tendência que CARLINI-COTRIM *et al.* (1994) identificaram, no período de 1960 a 1989, "como a participação da mídia na fabricação do pânico de drogas". Para tais autores, houve mudanças na abordagem dada à questão pelos jornais brasileiros, que passaram a ser cada vez mais alarmistas quanto ao uso de tóxicos.

Constatamos que o fenômeno do uso, abuso e dependência de drogas é, com freqüência, noticiado e comentado pelos meios de comunicação. Para ilustrar, reproduzimos um trecho de um dos jornais de maior circulação no país. O editorial da FOLHA DE SÃO PAULO (1995) transcreve o levantamento estatístico, obtido junto ao Departamento de Estado norte-americano, relativo às verbas destinadas pelos Estados Unidos, em 1994, para o combate ao narcotráfico. Foram gastos US$ 67 bilhões em repressão, programas de prevenção e tratamento de dependentes de drogas. Dos 260 milhões de habitantes do país, 77 milhões já consumiram drogas pelo menos uma vez; 2,7 milhões são usuários regulares de cocaína e heroína. Estima-se que um terço dos casos de AIDS esteja vinculado ao uso de drogas, assim como cerca de 500 mil urgências médicas por ano; 37,2% dos menores de 12 anos de idade já usaram drogas.

Apesar de toda a dramaticidade ruidosa na qual é envolvida esta problemática, os profissionais de Saúde Mental enfrentam imensas dificuldades políticas, culturais, financeiras, teóricas e técnicas para planificar e executar ações de prevenção e tratamento que tenham resultados satisfatórios.

Avaliamos que o crescimento do consumo de substâncias psicoativas nas três últimas décadas, e a contribuição disto como um dos fatores associados ao complexo incremento de violência neste final de século são inegáveis. Citamos, como exemplo, uma pesquisa realizada com professores e educadores que identificassem os problemas disciplinares das escolas americanas. Em 1940 foram relacionados: conversar em sala de aula, mascar chicletes, barulho nos corredores, usar roupas impróprias, jogar papéis no chão e não andar em fila. Em 1980 o mesmo estudo foi refeito, os problemas citados foram: abuso de drogas, abuso de álcool, suicídios, gravidez, assaltos, estupros e roubos (LEWIS, 1989). Este autor afirma que: "uso de drogas e de álcool está entre as ameaças de vida que, diariamente, atingem as crianças. Estas adições podem destruir crianças, adolescentes e famílias inteiras". O aspecto alarmista do comentário demonstra como os estudos sobre uso, abuso e dependência de drogas podem estar marcados pela tendência de ressaltar o produto e obscurecer a participação tanto do contexto sociocultural quanto do indivíduo consumidor. Entendemos que este quadro induz a reflexões sobre as transformações sociais e a qualidade de vida nas últimas décadas, porém não acreditamos que os discursos sensacionalistas possam contribuir para a compreensão desta realidade contemporânea.

GRAEFF (1984) comenta que a existência de substâncias que alteram a percepção, o pensamento e o comportamento é conhecida pela maioria das sociedades humanas desde a Antigüidade, tendo sido objeto de interesse. O uso de drogas psicoativas aparece, em cada cultura, com uma significação peculiar, sendo que na História do homem, tais drogas aparecem ligadas a rituais mágicos, religiosos e a finalidades médicas. As drogas usadas para tais fins têm sido admitidas pelas sociedades em geral, porém, os abusos, geralmente esporádicos, acabam resultando em dependência para alguns indivíduos.

O que há de novo? Entendemos que um fato novo é o consumo de drogas como fenômeno de massa em nossa sociedade, na qual o modismo e as propagandas subliminar e de boca em boca intensificam o número de usuários e abusadores de drogas. Outro fato novo é a poderosa economia ligada ao tráfico de drogas, que estimula a produção, distribuição e consumo destas, bem como seu conhecido poder de corrupção das instituições sociais voltadas para o controle e repressão ao tráfico de produtos de uso ilícito. Também é fato recente a diminuição da faixa etária de iniciação no uso e abuso de drogas. Nos últimos anos, no Brasil, esta iniciação acontece já na pré-adolescência e a infância, principalmente entre os meninos de rua.

Os resultados do IV Levantamento Sobre Uso de Drogas entre Estudantes de 1° e 2° Graus em dez capitais brasileiras, realizado pelo Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas (CEBRID, 1997), e as comparações feitas entre os quatro levantamentos realizados (1987-1989-1993-1997) permitem concluir que o uso de drogas psicotrópicas entre os estudantes da rede pública de ensino vem aumentando significativamente. (GALDURÓZ *et al.*, 1997). Contudo, sublinha-se que a maioria dos estudantes pesquisados nas dez capitais nunca entraram em contato com drogas psicotrópicas (exceto tabaco e álcool). GALDURÓZ, NOTO, CARLINI (1994, 1995) afirmam que vários trabalhos têm mostrado uma forte associação entre consumo de substâncias psicotrópicas e baixo rendimento escolar.

De acordo com a WHO (1980), o indivíduo mais propenso a usar drogas é aquele que não tem informações adequadas sobre os efeitos destas; tem saúde deficiente; está insatisfeito com a própria qualidade de vida; apresenta personalidade deficientemente integrada e tem fácil acesso às drogas. Assim, seria possível traçar um paralelo entre estas características e os resultados obtidos nos levantamentos do CEBRID (1987, 1989, 1993) abrangendo, pelo menos, dois aspectos: "a defasagem escolar poderia levar à insatisfação com a qualidade de vida; a escola não estaria exercendo sua função de integrar a personalidade" (GALDURÓZ *et al.*, 1994). Estes pesquisadores sugerem que o ensino no Brasil continua sem atrativos, o que, certamente, leva à frustração e traz conseqüências imprevisíveis para a sociedade. É possivel, mesmo que isto atue como fator facilitador do abuso de drogas, já que estas proporcionam alívios imediatos e ilusórios aos dilemas do ser humano.

Destarte, quaisquer que sejam as origens e os motivos da manutenção do consumo de substâncias psicoativas, trata-se de uma realidade contemporânea, que solicita estudos e intervenções criteriosamente planejadoss, pelos pesquisadores de Saúde Pública e Mental, bem como pelas autoridades de Saúde, Educação e Segurança Pública. Atitudes moralistas, imediatistas, alarmistas, mágico-salvadoras ou ingênuas não poderão dar respostas a esse complexo fenômeno individual e sociocultural.

1.1. OBJETIVOS

O objetivo principal deste trabalho é identificar alguns aspectos referentes à formação, modalidades de intervenção e considerações relacionadas à experiência relatada por profissionais de Saúde Mental que atendem pacientes apresentando transtornos relacionados a substâncias.

Os objetivos secundários são:

- Identificar as metas estabelecidas pelos profissionais que tratam dependentes de drogas.

- Conhecer o relato dos profissionais sobre os métodos e (ou) técnicas empregados para alcançarem as metas traçadas.

- Colher dados sobre os critérios de avaliação de resultados dos tratamentos/atendimentos efetuados pelos profissionais.

- Obter informações sobre as principais dificuldades encontradas pelos sujeitos em relação aos atendimentos.

- Identificar as formas de registro de dados e observações utilizadas pelos profissionais.

- Obter dados, por meio dos relatos dos sujeitos, sobre mudanças ou não na compreensão da farmacodependência, no decorrer da experiência profissional.

- Conhecer as fontes de consulta científica utilizadas por estes profissionais para se atualizarem.

- Sistematizar aspectos encontrados nos relatos da experiência dos profissionais.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1. O USO DE DROGAS E A PROCURA DE DEFINIÇÕES

2.1.1 Breves Aspectos Históricos.

O conhecimento e a análise da História são fundamentais para a compreensão dos fenômenos contemporâneos.

Em relação ao uso e abuso de drogas, é necessário investigar os processos pelos quais algumas substâncias tornam-se socialmente aceitas e outras não. Na maioria das vezes há indícios de que a aceitação social de substâncias psicoativas tem pouca relação com sua capacidade de produzir patologias.

CARLINI-COTRIM (1995) afirma que a literatura acadêmica tem situado as explicações sobre ações e discursos contra às drogas psicotrópicas, em dois momentos históricos: "fim do século XIX/início do Século XX e o momento atual (décadas de 80 e 90). Isso se dá justamente porque esses dois períodos conheceram, em vários países, alta intolerância da sociedade civil e do Estado quanto ao uso de substâncias psicoativas". A autora denominou os enfoques, que interpretam estes ciclos, de epidemiológico e psicossocial. O enfoque epidemiológico tenta explicar a intolerância ao consumo de substâncias psicoativas através dos problemas individuais e sociais (mortes, criminalidade, violência, acidentes) associados ao aumento do consumo de drogas, posteriores aos períodos de 'tolerância relativa'. A situação epidemiológica determinaria o aparecimento de movimentos sociais contrários às drogas. Entretanto, após o declínio do uso de produtos psicoativos, é possível que, algumas décadas depois, surjam novas condições para uma outra expansão de consumo e, conseqüentemente, para o desencadeamento de outro período de intolerância.

O enfoque psicossocial integra os dados objetivos, ligados ao consumo de produtos psicoativos, e o significado simbólico destes nos fenômenos sociais. Considera-se a abordagem epidemiológica insuficiente para explicar as ações e discursos antidrogas, os quais devem ser explicados à luz dos contextos em seus aspectos políticos, culturais e econômicos em que acontecem.

O uso milenar da maconha pelo homem passou por várias etapas ao longo dos séculos e, de acordo com a moda, preconceitos religiosos e políticos, este uso foi considerado útil ou "vício execrável" (CARLINI, 1981). Para completar o quadro polêmico gerado pela multiplicidade de efeitos advindos da utilização da maconha, tem-se demonstrado que os princípios ativos da *Cannabis sativa* podem ter aplicação terapêutica.

LARANJEIRA, JUNGERMAN, DUNN (1998) destacam que foi a partir do começo do século XX que a utilização de maconha "como medicamento praticamente desapareceu do mundo ocidental com a descoberta das drogas sintéticas, muito mais seguras e eficazes". Não podemos assegurar se a afirmação supracitada destes estudiosos está fundamentada em pesquisas ou em posições pessoais destes estudiosos. Segundo eles, desde então, a maconha foi consumida "quase que exclusivamente como droga de abuso, o que acontece até os dias de hoje".

Os dados obtidos pelo CEBRID, no período de 1987 a 1989, mostraram que o álcool foi responsável por 95% do total de internações por dependência e psicoses induzidas por drogas. Um levantamento feito durante sete anos consecutivos (1987 a 1993) confirmou que o álcool é o principal responsável por estas internações. Elas foram menos freqüentes entre os menores de 18 anos e mais freqüentes entre os maiores de 30 anos. Entre outras drogas, que não o álcool, a cocaína é responsável pelo maior índice de internações por dependência nos últimos anos. Estas diminuíram nos casos de uso de *Cannabis* e drogas tipo anfetamina. Apesar dos dados epidemiológicos retratarem a prevalência do uso de álcool e do tabaco, predominam na imprensa escrita, artigos sobre drogas ilícitas (66% sobre estas, 23% sobre tabaco e 11% sobre alcoolismo) (COTRIM-CARLINI *et al.*, 1994).

Outro exemplo de substância que passa por períodos de aceitação e intolerância é o tabaco, a partir de sua introdução na Europa. Na Inglaterra, a difusão do uso do tabaco provocou a criação de numerosos decretos. Sanções foram promulgadas, envolvendo penalidades severas. A proibição, inicial, do uso de tabaco antecedeu a verificação científica de seus malefícios. Segundo MILBY (1988), apesar dos esforços para suprimir o fumo, sua propagação continuou e tornou-se mais aceita socialmente. Relata-se que as pessoas encarregadas de aplicar a lei também desenvolveram o hábito do fumo. A primeira

comprovação científica de que a nicotina produz a necessidade de tabaco e que, portanto fumar tabaco é um fenômeno de adição data de 1942. Concluiu-se que fumar tabaco é essencialmente um modo de administrar nicotina, da mesma forma que fumar ópio é um modo de administrar morfina (MILBY, 1988).

Outros exemplos, ainda, de substâncias são o café e a coca, levados pelos colonizadores para a Europa e Oriente Médio. A cafeína, foi considerada intoxicante e seu uso condenado por muçulmanos árabes. Apesar desta resistência, o uso do café difundiu-se amplamente entre as nações árabes, ele passou a ser cultivado e usado como bebida nacional. Com o café, ocorreu na Europa a mesma resistência que com o tabaco. Em algumas áreas houve repressão contra seu uso e foram lançados inúmeros avisos médicos sobre seus efeitos maléficos. Há vários estudos que demostram que as plantas como tabaco, ópio, e as folhas de coca tinham um uso em algumas culturas e que a sua introdução na Europa levou ao isolamento e a proliferação do abuso de seus princípios ativos (MILBY, 1988).

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, (DSM-IV, APA, 1995), afirma: "certos indivíduos que consomem grandes quantidades de café apresentam alguns aspectos de dependência de cafeína, além de tolerância e talvez abstinência". Descreve o cafeísmo como um estado de intoxicação caracterizado por inquietação, excitação, insônia, rubores, diurese, queixas gastrintestinais e sensações subjetivas de nervosismo.

A cocaína derivada das folhas de coca foi descrita como portadora de formidáveis efeitos fisiológicos e psicológicos. Esse relato teve influência sobre médicos e pesquisadores, entre os quais Sigmund Freud. O desgaste provocado pelos artigos científicos, publicados por Freud, entre 1884-1887, nos quais recomendava os aspectos terapêuticos da cocaína talvez explique a ausência de um trabalho específico, em sua obra psicanalítica, que aborde a toxicomania. Esta foi o primeiro objeto do desejo de curar freudiano e o seu primeiro insucesso. (SILVEIRA FILHO, 1995). Nos "Estados Unidos em 1883 havia mais de 50 artigos científicos sobre o valor terapêutico da coca". (MILBY, 1988).

Em 1806 Frederick Lerturner isolou a morfina do ópio. A invenção da seringa hipodérmica em 1850 permitiu a aplicação de morfina durante a guerra entre a França e Alemanha (1870-1871). O mesmo aconteceu nos Estados Unidos durante a guerra civil (1861-1865). Em 1875, Alfred Dresser isolou a heroína que significava forte, cheio de energia, potente. Bayer a produziu em escala comercial. A reação à difusão do uso da cocaína e dos opiáceos começou no século vinte e logo aumentou. "Em 1914, quarenta e seis dos Estados americanos proibiam ou restringiam a distribuição de cocaína e vinte e nove Estados controlavam os opiáceos, em 1922 foi considerado como narcótico. Exceto pelo uso restrito a alguns poucos grupos, a cocaína foi pouco utilizada até a década de 60" (MILBY, 1988).

Segundo este autor, a história das anfetaminas é relativamente recente, foi sintetizada pela primeira vez em 1887. Os usos clínicos destas somente foram descobertos em 1927: descongestão de brônquios e efeitos estimulantes do sistema nervoso central. Em 1937, observou-se o efeito paradoxal de acalmar crianças hiperativas. As anfetaminas foram usadas pelas forças armadas dos Estados Unidos, Grã-Bretanha, Alemanha e Japão na Segunda Guerra Mundial. As tripulações dos aviões tinham-nas à disposição durante as longas missões de bombardeio, para combater o sono e a fadiga. Após a guerra, foram utilizadas para combater a depressão e para o controle de peso em regimes alimentares.

LARANJEIRA *et al.* (1998) comentam que o uso da maconha é conhecido há cerca de 12.000 anos. Ela foi usada na China, há 3.000 anos, no tratamento de constipação intestinal, malária, dores reumáticas. Na Índia, era recomendada para melhorar o sono e estimular o apetite. Por volta de 1850, médicos europeus pesquisaram as propriedades anticonvulsiva, analgésica, antiansiedade e antivômito da *Cannabis sativa.*

A respeito da maconha, KARNIOL (1981) comenta que a repulsa social ao uso desta substância já era um fato histórico, podendo ser percebida pelo seguinte decreto da Câmara Municipal do Rio de Janeiro, de 4 de outubro de 1830: "Estão proibidos a venda e o uso do Pito de Pango (maconha), bem como a conservação dele em casas públicas: os contraventores serão multados, a saber, o vendedor em 20$000, e os escravos e mais pessoas que deles usarem, em 3 dias de cadeia".

A medicina de então, apesar de usar alguns preparados à base de *Cannabis* com finalidade terapêutica, já se preocupava com os possíveis danos físicos produzidos por esta droga.

Na América em geral, o nome utilizado para ela é 'marijuana'. Sua maior difusão entre a população ocorreu a partir dos anos 60, até então seu uso era restrito a alguns grupos sociais.

Sublinhamos que, um dos aspectos fundamentais relativos às pesquisas realizadas com drogas psicoativas, em especial com *Cannabis*, é a forte contaminação ideológica, verdadeira intoxicação mental. De um lado, os defensores do consumo livre de maconha, explorando questões não conclusivas e equívocos das pesquisas feitas, optaram pelas investigações que mais reforçavam seus propósitos. O apoio era fornecido às pesquisas que concluíam que "a maconha é relativamente inofensiva". Por outro lado, os pesquisadores e grupos sociais contrários ao uso da *Cannabis* partiam do pressuposto de que era necessário comprovar os prejuízos biológicos e psicológicos por ela provocados. A respeito disso, BONTEMPO (1988) assinala que alguns estudos conseguiram comprovar numerosos danos, outros não. No entanto, a tônica destes experimentos era sempre a busca de danos, era comum afirmar-se que "ainda não se conseguiu provar que a maconha seja prejudicial".

KARNIOL (1981) assinala as expectativas sociais que recaem sobre os pesquisadores:

> "Desesperada a sociedade se volta para a Medicina, em particular, e para as Ciências, em geral, na tentativa de comprovar se realmente estas substâncias, do ponto de vista psicológico, físico ou social, poderiam trazer efeitos danosos para o indivíduo. Com isto, talvez se pudesse, racionalmente, mostrar aos jovens que aquilo que eles, às escondidas, estavam usando, era perigoso e deveria ser abandonado".

No Brasil, apesar de algumas iniciativas de intelectuais e profissionais da área de saúde, educação, o Estado não definiu uma política mínima para a prevenção e tratamento do uso indevido de drogas. Os programas educativos não se desenvolvem por falta de verbas e serviços de tratamento especializados encerram as suas atividades CARLINI-COTRIM (1992). Ainda segundo esta pesquisadora, a mobilização social em torno do tema é pouco expressiva. Há poucas entidades que foram fundadas e desenvolvidas com a finalidade específica de combate às drogas "(...) nossa intolerância parece revistir se de um caráter passivo, de complacência e aquiescência a ações e discursos repressivos que venham a tomar corpo em nossa sociedade" (CARLINI-COTRIM, 1992).

2.1.1.2. A Explosão do Uso de Drogas - Décadas de 60 e 70

A expansão do uso de drogas, a partir da década de 60 e início da de 70, provocou o desenvolvimento de programas de prevenção e tratamento, em geral, mal planejados.

"Raramente se encontra um distúrbio mais complicado e difícil de se tratar do que a dependência de drogas. Talvez por ser tão complexa, a dependência de drogas tem atraído diferentes tipos de profissionais e de abordagens, cada um trazendo suas próprias noções sobre etiologia e tratamento. Muitas abordagens foram desenvolvidas sem referência aos sucessos e fracassos resultantes". (MILBY, 1988)

Consideramos que é fato conhecido a onda de entusiasmo, moralismo e clamor humanitário contra o uso e abuso de drogas. Tudo indica que a 'gritaria' pública contra as substâncias psicoativas estava e continua ligada à desinformação quanto à natureza, psicopatologia e epidemiologia das drogas. O aspecto ideológico, o alarde da destruição do futuro, enfim, o terrorismo e os novos ventos da liberdade e da permissividade revolucionárias do movimento "hippie" e da contra-cultura dos anos 60 chocaram-se de

frente. As drogas reinavam como um dos símbolos de destruição 'da moral e dos bons costumes', segundo os mais conservadores e de liberdade, pelos jovens envolvidos nas novas transformações socioculturais. Portanto, não é improvável que os arautos das drogas e do "paz e amor" de ontem, hoje posicionem-se contrários a que seus filhos adolescentes utilizem drogas, ainda que aqueles próprios prossigam fazendo uso da *Cannabis.*

As discussões acaloradas, emocionais e ideológicas, aliadas à pouca disponibilidade de conhecimentos científicos confiáveis, resultaram em um quadro bastante tumultuado. As discussões e pesquisas não podem prescindir do emprego de metodologia científica, para poderem avançar na compreensão dos múltiplos aspectos envolvidos no uso, abuso e dependência de drogas psicoativas.

Salientamos que, o discurso do 'terror', pelo qual a droga mata e que a toxicodependência é um destino inevitável, embora equivocado do ponto de vista da literatura científica, está presente nas propostas dos programas preventivos e de tratamento a usuários desenvolvidos em nosso país. Hoje sabe-se que há um contínuo de dependência provocado pelas drogas, não servindo, portanto, o princípio do tudo ou nada, ou se é dependente ou não se é. Como contra-ponto, existe a idéia romântica e ingênua de que as substâncias psicoativas são produtos inócuos, principalmente quando têm origem vegetal. É a noção simplista e equivocada de que o natural é bom e inofensivo. Não se considera a existência de venenos de origem natural ou fenômenos naturais avassaladores para o homem.

2.1.2. Definições de Dependência de Droga

O conceito de doença dado para a adição ao álcool e às drogas tem apresentado desenvolvimento ao longo dos últimos 200 anos. O termo Alcoolismo é creditado a Benjamin Rush que assim o caracterizava: "o álcool é o agente causal da doença. Perda de controle do comportamento de beber é o sintoma característico. A abstinência é a única forma possível de cura" (MEYER, 1996)

Na segunda metade do século XIX, a idéia da adição como doença é fortalecida com os achados anátomo-patológicos e de Microbiologia. Ainda de acordo com MEYER (1996), o conceito de doença foi estendido à dependência de ópio e cocaína. Porém, nos últimos vinte e cinco anos, do século XIX, as adições de modo geral foram associadas à criminalidade. Isto passou a dominar a política social, fazendo surgir o clamor por ações legais de controle. Nos Estados Unidos, restringe-se o termo doença para os usuários de álcool que desenvolvem tolerância e perda de controle sobre o uso. Estes indivíduos não conseguem beber com moderação, a doença é progressiva. Esta conceituação poderia ajudar o usuário a buscar serviços de saúde.

A partir da década de 60, deste século, desenvolveram-se os modelos de comportamento animal dos transtornos de adições, empregando-se a noção de antagonista para os tratamentos por exemplo, a metadona para neutralizar a abstinência de heroína. Na década de 70, com o surgimento da maior epidemia de uso de drogas na classe média americana e da Europa Ocidental, houve a necessidade de estabelecerem-se critérios para a síndrome de álcool e drogas (Manual Diagnóstico e Estatístico e Código Internacional de Doenças), sendo que o conceito de doença continua controvertido (MEYER, 1996).

A preocupação dos pesquisadores em conceituar a toxicomania data do início da década de 20. Em 1950, a OMS definiu a toxicomania pelos seguintes aspectos:

- Desejo ou necessidade incontrolável de continuar consumindo a droga ou de obtê-la por todos os meios.

- Tendência de aumento nas doses (tolerância).

- Dependência física e/ou psíquica.

- Prejuízos individuais e sociais.

Em 1969, a OMS adotou o termo farmacodependência em substituição ao termo toxicomania, com a pretensão de que fosse mais preciso e completo. Farmacodependência designa um estado psíquico e, algumas vezes, também físico, resultante da interação entre o organismo e um produto. Caracteriza-se por modificações de

comportamento e outras reações, que incluem um impulso para tomar o fármaco de maneira contínua e periódica, com o fim de reencontrar os efeitos psíquicos deste e evitar o mal-estar ocasionado pela abstinência. Este estado pode acompanhar-se ou não de tolerância e adaptação farmacológica, tornando-se necessário o aumento de doses para se conseguir os efeitos iniciais. Um indivíduo pode ser dependente de várias substâncias (BERGERET & LEBLANC, 1991). Acentuamos que, nesta descrição, enfatiza-se a questão farmacológica, a droga é identificada como o agente causal da farmcodependência, em detrimento de aspectos psicológicos e socioculturais.

Em 1974, o comitê de especialistas da OMS em dependência de drogas acrescenta, à definição de farmacodependência, a conceituação de dependência física e psíquica.

A dependência física é caracterizada pela adaptação do organismo à droga e manifesta se por alterações físicas quando o uso desta é interrompido. A retirada da droga ocasiona a síndrome de abstinência, um quadro de sinais e sintomas que podem ser aliviados com a administração da droga. A dependência psíquica decorre da sensação de prazer e bem-estar ou da necessidade de evitar o mal-estar provocado pela falta da droga, requerendo, assim, o uso periódico ou contínuo.

Ao comentar estas definições, OLIEVENSTEIN (1984) afirma que elas não levam em consideração os fenômenos de massa que caracterizam as "toxicomanias modernas". Considera que as monotoxicomanias são raras; atualmente, os usuários, em geral, são poliusuários, sendo comum a mudança de um produto para outro durante a mesma "viagem", a associação de drogas é comum. Este fato dificulta as definições e identificações. O autor assinala que: "toxicômano é toda pessoa que, partindo de um produto de base, faz a escalada com um outro produto e os utiliza diariamente ou quase diariamente".

Podemos, também, compreender a dependência como um contínuo de gravidade e não como um estado de tudo ou nada. Nesta concepção conserva-se o *status* de doença para a dependência, ressaltando-se a multicausalidade e a imbricação entre causas e conseqüências.

O DSM-IV (1995) estabelece critérios para o diagnóstico de dependência de substâncias; abuso de substâncias; intoxicação com substâncias e abstinência de substâncias. O diagnóstico de dependência de substâncias baseia-se na presença de, no mínimo, três dos seguintes critérios:

1. a substância é tomada em quantidades maiores ou por mais tempo do que a pessoa pretendia;

2. desejo persistente, uma ou mais tentativas fracassadas de cessar ou controlar o uso da substância;

3. muito tempo gasto em atividades necessárias para obter a substância, usá-la ou recuperar-se dos efeitos desta;

4. intoxicações freqüentes ou sintomas de abstinência 'competindo' com as obrigações da pessoa, também quando o uso da substância é fisicamente perigoso;

5. atividades sociais, ocupacionais ou recreativas importantes são deixadas de lado ou diminuídas, devido ao uso da substância;

6. uso contínuo da substância, apesar do reconhecimento de haver problemas ocupacionais, sociais, psicológicos ou físicos, de maneira persistente ou recorrente, causados ou exacerbados pela substância;

7. clara tolerância;

8. sintomas característicos de abstinência;

9. uso da substância para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Um aspecto que deve ser realçado no DSM-IV(1995) é a indicação de especificadores de curso de dependência de substância. Segundo este manual,, os especificadores de remissão podem ser aplicados somente depois que nenhum critério para dependência ou abuso foi satisfeito por, pelo menos, um mês. Os especificadores de curso são:

a) Remissão Completa Inicial: este especificador é usado se, por pelo menos um mês e por menos de doze meses, nenhum critério para dependência ou abuso foi satisfeito.

b) Remissão Parcial Inicial: este especificador é usado se, por pelo menos um mês, e menos de doze meses, um ou mais critérios para dependência ou abuso foram satisfeitos (os critérios completos para dependência não foram satisfeitos).

c) Remissão Completa Mantida: usa-se este especificador se nenhum dos critérios para dependência ou abuso foi satisfeito em qualquer época, por doze meses ou mais.

d) Remissão Parcial Mantida: especificador usado se não foram satisfeitos todos os critérios para dependência por um período de doze meses ou mais; entretanto, um ou mais critérios para dependência ou abuso foram atendidos.

Entre os transtornos causados por substâncias, o DSM-IV (1995) relaciona, desde aqueles ligados a uma droga de abuso, inclusive o álcool, até os efeitos colaterais de um medicamento, bem como a exposição a toxinas. As substâncias que fazem parte desta classificação são agrupadas em 11 classes:

Álcool;

Anfetamina ou Simpaticomiméticos de ação similar;

Cafeína;

Canabinóides;

Cocaína;

Alucinógenos;

Inalantes;

Nicotina;

Opióides;

Fenciclidina (PCP) ou arilciclohexilaminas de ação similar;

Sedativos, hipnóticos ou ansiolíticos.

O DSM-IV (1995) esclarece que algumas classes de substâncias compartilham aspectos similares: o álcool compartilha caracteríticas dos sedativos, hipnóticos e ansiolíticos; a cocaína compartilha características das anfetaminas ou simpaticomiméticos de ação similar.

Os transtornos relacionados às substâncias são divididos em dois grupos: Transtornos por Uso de Substância (Dependência de Substância e Abuso de Substância) e Transtornos Induzidos por Substância (Intoxicação com Substância; Abstinência de Substância; *Delirium* Induzido por Substância; Demência Persistente Induzida por Substância; Transtorno Amnéstico Persistente; Transtorno Psicótico Induzido por Substância; Transtorno do Humor; Transtorno de Ansiedade; Disfunção Sexual e Transtorno do Sono Induzido por Substância). No DSM-IV (1995), considera-se como característica essencial da dependência a presença de um conjunto de "sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos indicando que o indivíduo continua utilizando uma substância, apesar de problemas significativos relacionados a ela".

Empregamos os termos, adição, drogadição, toxicomania, toxicodependência, Farmacodependência, drogadependência e dependência de drogas como equivalentes. Assim, sem pretender negligenciar a denominação atualmente adotada pela OMS - farmacodependência - ou a nomenclatura do DSM-IV (1995), optamos pelo uso livre dos termos mais utilizados na literatura científica e pelo uso corrente.

Em relação à questão diagnóstica de uso, abuso e dependência, entendemos que ainda não se deu a devida importância aos efeitos da ausência da ação psicofarmacológica da droga. Consideramos que vivenciar a ausência do efeito da droga é o fator determinante para o usuário ir em direção à farmacodependência (em seus diversos graus) ou não. Se, para os farmacologistas, as drogas psicoativas são classificadas em leves e pesadas, do ponto de vista psicológico podemos, estabelecer como critério classificatório de dependência o significado e a intensidade da relação do indivíduo com a droga no gradiente de leve a pesada. Deve-se considerar, principalmente, a vivência psicológica que o usuário configura diante da falta da ação psicofarmacológica da droga.

2.2 MODELOS DE ANÁLISE DO USO DE DROGAS E DE INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA.

Apresentamos, neste capítulo, a conhecida triangulação droga-indivíduo-meio, que, na verdade, é uma maneira genérica de assinalar que a ação psicofarmacológica da substância, aspectos da personalidade do usuário e do ambiente devem ser objeto de análise no fenômeno do consumo de produtos psicotrópicos. Citamos, também, algumas pesquisas focalizando a presença de fatores de risco para o uso de drogas no meio familiar e social. Abordamos, ao final, os modelos de intervenção terapêutica mais difundidos.

PAIXÃO (1995) apresenta quatro modelos que discutem o consumo de drogas e a interação dos elementos deste; a substância, o utilizador e o contexto.

O modelo jurídico-moral assenta-se numa visão dualista da realidade. A coexistência de posições opostas e irredutíveis (indivíduo-droga, legalidade-ilegalidade e finalidade médica e não médica) definem esta concepção. Este ponto de vista está relacionado com medidas 'educativas' e preventivas, articuladas a princípios repressivos.

O modelo médico ou de saúde pública, no qual, à semelhança das doenças infecciosas, a droga, o indivíduo e o contexto são considerados, respectivamente, o agente, o hospedeiro e o meio-ambiente. O agente é o elemento ativo, definido como o gerador de dependência, e o hospedeiro é a 'vítima', o doente a ser tratado ou curado.

No modelo psicossocial, o indivíduo desempenha o papel de agente ativo e a interação droga-usuário é o alvo da observação. Admite-se, neste ponto de vista, que o uso da droga é um comportamento que persiste enquanto desempenhar uma função para o indivíduo. O contexto é concebido em termos da influência, sobre o usuário, das atitudes e condutas de familiares, amigos, grupos de pares ou da sociedade.

No modelo sociocultural a ênfase é atribuída ao contexto. A droga adquire significado e importância não tanto pelas suas propriedades, mas pela maneira como cada sociedade define a utilização da mesma. O uso de drogas ilícitas é visto como um desvio do comportamento normal, as condições socioeconômicas e o ambiente em que vive o indivíduo são tidas como razões deste desvio.

2.2.1. Ambiente Familiar, Social e Estágios do Uso de Drogas

Consideramos que é necessário discutir com rigor metodológico tanto a contribuição de fatores sociais e familiares para a utilização de substâncias psicoativos, quanto a influência dos mesmos para a determinação da modalidade de relação que será estabelecida com a droga. Desta maneira poderemos contribuir para amenizar o conturbado quadro de preconceitos, estigmas e acusações que envolvem aspectos familiares e sociais relacionados ao uso de drogas. Há estudos longitudinais que analisam a participação de fatores de risco ambientais relacionados com padrões de utilização de drogas. (CHILCOAT & ANTHONY,1996; KANDEL & DAVIES, 1996).

CARVALHO *et al.* (1995) salientam que vários estudos sugerem que certas características familiares podem estar associadas ao consumo de drogas por adolescentes. As pesquisas têm focalizado principalmente quatro aspectos: consumo de drogas pelos pais; qualidade da relação pais e filhos; personalidade e atitudes dos pais e a presença de problemas de relacionamento entre os pais.

O estudo de CHILCOAT & ANTHONY (1996) corrobora uma série de inferências quanto ao fato de que a efetiva supervisão e monitoramento, na meia infância, por pais ou responsáveis, podem provocar o retardamento ou mesmo prevenir o início do uso de drogas. Uma população formada por 926 sujeitos de 8, 9 e 10 anos, moradores de áreas urbanas, foi acompanhada, de 1989 até 1992, através de entrevista anual.

As conclusões do estudo evidenciaram que crianças nos mais baixos quartis de monitoramento parental começam a usar drogas mais cedo. A comparação dos graus de risco para iniciação do uso de maconha, cocaína e inalantes (ou outras drogas) cruzada com o nível de monitoramento, foi mais significativa em crianças abaixo de 11 anos, em idades acima desta faixa etária não houve diferenças. O risco mais alto foi observado entre jovens que tiveram os mais baixos índices de monitoramento na meia infância.

Quando iniciaram a pesquisa, os autores já haviam observado no transcorrer de um ano de acompanhamento que os níveis mais elevados de supervisão e monitoramento parental na meia infância (8 a 10 anos) apresentavam o menor risco para iniciação precoce.

Poderiam ser evitados 20% de uso de maconha, inalantes e cocaína, aumentando-se o nível de monitoramento do quartil mais baixo para o segundo. Este índice subiria para 56%, se a supervisão parental passasse para o quartil mais alto.

Os autores da pesquisa fazem duas indagações:

1°. Retardar a iniciação do uso de drogas pode reduzir os riscos posteriores de se desenvolver problemas sérios com drogas?

2°. O cuidado parental precoce pode ter a função de redução riscos?

CHILCOAT & ANTHONY (1996) consideram que é necessário acompanhar os jovens além do período de risco para iniciação, o que significa cobrir toda a fase de risco para o desenvolvimento de problemas com drogas.

KANDEL & DAVIES (1996) investigaram as características distintivas dos adolescentes que atingiram diferentes estágios de uso de drogas, em particular, grau o mais alto, representado pelo *crack*. Foi utilizada uma população de 7611 estudantes, de 53 escolas do Estado de Nova York, do 7° ao 12° grau escolar.

Os resultados da pesquisa mostram que os estudantes usuários de drogas ilícitas têm prejuízos no rendimento escolar, na qualidade da relação familiar, na saúde e revelam aumento de sintomas psicológicos. Comparados a não-usuários, são mais propensos a práticas transgressoras e mais ativamente envolvidos com seus pares. Vivem em ambientes sociais nos quais outros jovens e mesmo parentes têm maior tolerância ao uso de drogas. A delinqüência e a extensão do uso destas substâncias aumentam com a elevação do estágio de utilização. O uso de *crack* provoca o mais baixo nível de funcionamento psicossocial, quando comparado a qualquer outro grupo de drogas do referido estudo.

Entre os amigos dos usuários de drogas 66% usam maconha e 38%, cocaína ou "crack".

Entre os pais dos usuários de drogas é duas vezes maior o uso abusivo de álcool e cigarros do que entre os pais de não-usuários.

A análise das diversas drogas e das idades de início de uso das mesmas foi feita entre os estudantes de 11° e 12° grau escolar. Jovens que faziam o uso de drogas ilícitas, outras que não maconha, iniciaram o uso de cigarro ou bebidas um ano mais cedo, em média, e começaram a utilizar maconha sete meses antes que aqueles que só usavam maconha.

As conclusões do estudo de KANDEL & DAVIES (1996) são:

- Drogas utilizadas com os pares (maior envolvimento com drogas, maior ligação grupal) e participação em delinqüências são as maiores diferenças entre usuários e não- usuários.

- Existe maior alienação da família e da escola no caso dos usuários.

- O uso de álcool e de cigarros pelos pais esta mais relacionado com a utilização, pelos filhos, de drogas legalizadas. Já o uso, pelos pais, de medicamentos prescritos está mais relacionado à experimentação, pelos filhos, de drogas ilícitas. Sugere-se que a utilização destas pode representar uma forma de automedicação.

- Não é possível determinar se o declínio de nível de adaptação social observado entre esses jovens é causa ou conseqüência do uso de drogas. Provavelmente ambos os processos estão envolvidos.

- Maior dificuldade de adaptação social indica maior possibilidade de iniciação ao uso de drogas, o que, por sua vez, incrementa o desajustamento.

- A aceitação do uso de drogas pelo grupo de iguais é o maior fator de motivação (relatado pelos sujeitos) na evolução de estágios de uso. Falta de intimidade (proximidade) com os pais e problemas psicológicos, refletidos em sintomas depressivos, predizem a progressão do uso de maconha para outras drogas ilícitas.

2.2.2. Psicopatologia dos Pais e Transtornos dos Filhos

No estudo de LUTHAR, MERIKANGAS, ROUNSAVILLE (1993) é feita a análise da associação entre a psicopatologia dos pais e a dos filhos abusadores de drogas. São considerados o sexo dos pais e o tipo de droga de abuso (cocaína e opiáceos) do parente focalizado.

Os autores partem de relatos da literatura que afirmam que os dependentes e seus familiares mostram aumento de transtornos mentais, tais como depressão, alcoolismo e personalidade anti-social. Estudos têm mostrado uma unanimidade quanto à presença de fatores de risco nessas famílias. Com relação ao aspecto da organização familiar, nenhuma estrutura específica foi identificada. Os pesquisadores de farmacodependência têm sugerido que se façam comparações da organização familiar de abusadores de diferentes drogas. Nas famílias de dependentes de drogas encontraram-se altas taxas de alcoolismo, entre os pais, e de depressão, entre as mães. Resta saber em que medida o alcoolismo dos filhos pode estar associado ao do pai, ao da mãe ou de ambos, ou ainda a outros transtornos de pais e mães.

A discussão dos resultados, segundo os autores da pesquisa, mostra pouca especificidade de transtornos entre as famílias de dependentes tanto de cocaína quanto de opiáceos .

"O padrão de transmissão variou de acordo com o sexo e a etnicidade do parente afetado. Forte associação foi encontrada entre psicopatologia dos filhos e depressão das mães (mas não alcoolismo) e alcoolismo dos pais (mas não depressão). Associação entre alcoolismo dos pais foi significativa entre famílias de negros, mas não entre as de brancos" (LUTHAR *et al.*, 1993).

Verificou-se que a associação entre depressão da mãe e os múltiplos transtornos psicopatológicos dos filhos (única correlação encontrada em todos os casos examinados) sugere a influencia da socialização. A literatura tem indicações que "mães deprimidas

diferem das normais em termos de interação com seus filhos. Utilizam-se de coerções em vez de negociação; mostram-se mais reservadas e com menor expressão afetiva com suas crianças que, por sua vez, buscam atenção" (LUTHAR *et al.*, 1993). A ausência de efeitos relativos à depressão dos pais pode ser conseqüência do papel da socialização, dado que as crianças ficam mais expostas aos cuidados das mães. Contudo a depressão dos pais pode ter os mesmos efeitos comportamentais dos verificados em mães deprimidas.

Entendemos que os achados contidos nestas pesquisas fortalecem as sugestões de vários estudiosos que apontam para a importância da família fazer parte do conjunto de estratégias terapêuticas. A literatura apresenta evidências de que, quando a família participa do programa de tratamento, os resultados nos aspectos de adesão ao mesmo e redução de recaídas podem ser melhores, além de possibilitar a realização de um diagnóstico familiar mais completo.

2.2.3. Intervenções Terapêuticas

As modalidades de tratamento de dependentes de drogas podem ser classificadas em quatro grandes grupos, de acordo com MILBY (1988).

1. Abordagens médico-farmacológicas: incluem hospitalização para desintoxicação e tratamento de doenças relacionadas à dependência; tratamento psiquiátrico convencional; cirurgia cerebral (lobotomia); uso de drogas psiquiátricas; tratamento não-psiquiátrico com clínico geral; terapia de manutenção com opiáceos e terapias com antagonistas.

2. Abordagens psicossociais: incluem psicoterapia psicanalítica; psicoterapia de apoio; psicoterapia e orientação familiar sistêmica; terapia comportamental; psicoterapia de grupo (comportamental, centrada na pessoa, psicanalítica) e, ainda, aconselhamentos baseados no uso da autoridade racional.

3. Abordagens socioculturais: englobam as metodologias seguidas pelas Comunidades Terapêuticas e os Grupos de Narcóticos Anônimos.

4. Intervenções baseadas em abordagens religiosas: às vezes, nestas abordagens, inclui-se o trabalho de médicos, psicólogos e assistentes sociais, mas o enfoque institucional básico é a doutrinação religiosa e o aconselhamento espiritual.

Para os objetivos da presente tese, vamos nos restringir aos modelos que, do nosso ponto de vista, apresentam maior aceitação no Brasil. Destacamos o modelo de tratamento francês, inspirado em Claude Olievenstein, e alguns aspectos sobre os modelos psicossociais, sociocultuais e religiosos.

2.2.3.1. Claude Olievinstein e o Modelo Francês

Optamos pela apresentação do modelo francês e de seu representante mais conhecido no Brasil, o médico psiquiatra Claude Olievenstein, devido à marcante influência que este especialista em toxicomania tem exercido, desde a década passada até o presente, entre os profissionais brasileiros do campo da dependência de drogas.

Para este estudioso, é fundamental que o indivíduo tenha vontade de tratar-se, ainda que esta seja apenas transitória, superficial e torne-se aleatória pela presença do grupo:

"Os toxicômanos, além do mais, não são o que se chama de 'doentes bem comportados'. Eles não dançam de acordo com a música da instituição psiquiátrica; desmamados, eles não aceitam as regras institucionais. Sempre conseguem introduzir a droga no hospital; mas o mais importante é a sua tendência natural ao proselitismo. E isso constitui um problema muito grave na fase de hospitalização, porque vemos deprimidos e esquizofrênicos jovens que são rapidamente iniciados consentindo, no uso de drogas" (OLIEVENSTEIN, 1984).

O autor afirma que o ideal seria evitar ao máximo a hospitalização, a não ser, evidentemente, em período crítico ou quando a internação represente uma efetiva proteção ao toxicômano. Medidas apressadas e ansiedade do terapeuta por soluções rápidas devem ser substituídas pela compreensão de que o uso de drogas é um sistema. Deve-se possibilitar condições que ajudem o paciente a descobrir o que há nesse complexo emaranhado biopsicossocial. Apenas olhar para a droga é como olhar uma árvore sem perceber o ecossistema do qual ela faz parte. OLIEVENSTEIN (1984) conclui que:

"Quando se conhecem os resultados medíocres da luta contra o alcoolismo, que a sociedade tolera abertamente, bem mais que a droga, podem-se entender as dificuldades práticas em que esbarra um tratamento hospitalar decente aos toxicômanos."

A cura, segundo este autor, é um longo processo a ser percorrido, no qual surgem contratempos e as recaídas são comuns. O mais importante, e mais difícil, é compreender as motivações do indivíduo, fazer com que este tome consciência delas, ajudá-lo a transformá-las e prepará-lo para suportar a vida.

MAGALHÃES (1991) avalia que o sistema francês de atendimento à toxicomania está fundamentado na compreensão da complexidade do fenômeno e na busca de múltiplas formas de intervenção. Há uma preocupação de que não haja substituição da dependência da droga por outro tipo de dependência, como a do médico, guru, remédio milagroso ou instituição mágica. A coerência ética e a diversidade de locais de atendimento formam a base deste modelo de tratamento. "Assim, a partir de 1970 foram criados, numerosos centros de acolhimento, tratamento, alojamento, centros para reinserção social, famílias de acolhimento, pós-cura, centros médicos e centros médicos especializados, etc".

Esta autora considera que o modelo francês de tratamento das toxicomanias parece haver alcançado "resultados menos ruins do que outros países". O número de "overdoses" é igual ao da Suíça, que tem oito milhões de habitantes e é quatro vezes e meia inferior ao da Itália, que tem quase a mesma população. O toxicômano francês utiliza basicamente opiáceos, heroína e medicamentos à base de codeína. O uso de tranqüilizantes é alto e cada vez mais se fala em politoxicomania. O consumo de *Cannabis* parece

estacionado ou em decréscimo, sendo a droga eleita pelos adolescentes. Solventes orgânicos e alucinógenos não são citados como problemas e o "ecstasy", apesar de utilizado nos estabelecimentos noturnos, não tem levado a incidentes psiquiátricos. A utilização de cocaína parece estar aumentando, bem como a do "crack".

2.2.3.2. Abordagens Socioculturais

A concepção fundamental na abordagem sociocultural é a utilização de atividades grupais que visam estabelecer um ambiente terapêutico (socioterapia), que, por sua vez, viabiliza a consecução dos objetivos de tratamento. A ênfase recai sobre os processos de socialização e na manipulação destes. Nesta abordagem, destacam-se as Comunidades Terapêuticas e as Comunidades Autônomas.

A tônica básica da 'recuperação' é atribuída à abstinência. O uso de drogas e a violência física entre os residentes são proibidos. Os membros admitidos no programa ocupam se com tarefas de arrumação, práticas esportivas, atividades físicas, artísticas e reuniões terapêuticas. Infrações disciplinares estão sujeitas a punições e comportamentos adequados são reforçados pela aquisição de mais prestígio social, o que significa maiores responsabilidades, privilégios e poder social institucional.

Os residentes, chamados de comunitários, participam da elaboração dos regulamentos, incluindo as condições de admissão e desligamento. Solicita-se aos comunitários a participação nas atividades gerais e nos grupos terapêuticos. Valoriza-se a franqueza e a exposição de atitudes e comportamentos passados e atuais. Estes são objeto de análise e crítica pelos demais.

Há variações na aplicação desta técnica, desenvolvida por Maxwell Jones (1943), na Inglaterra. A equipe dirigente pode ser composta exclusivamente por ex-dependentes, por se considerar que apenas quem já foi dependente está em condições de compreender e ajudar a recuperação de um outro usuário de drogas. Outras equipes podem incluir vários profissionais de saúde, com ou sem a participação de ex-residentes.

Segundo MILBY (1988):

"os altos índices de sucesso terapêutico relatados por algumas comunidades terapêuticas, não devem ser levados em conta: faltam definições claras do que seja tratamento bem sucedido, bem como a metodologia de pesquisa, em geral, é falha. Não há grupo-controle, não há avaliações pré-admissionais e o tempo de seguimento do pós-tratamento é relativamente curto (alguns meses). Os estudos com residentes e desistentes são úteis: evidenciam a utilidade desta modalidade terapêutica, mas não podem ser usados com confiança para se avaliar a eficácia do tratamento, porque os grupos podem ter sido extraídos de populações diferentes. As diferenças podem refletir outras, já existentes nos grupos".

O grupo NA. segue os conhecidos doze passos utilizados pelos A.A. (Alcoólicos Anônimos). Consideramos muito difícil uma avaliação científica da efetividade desta metodologia de tratamento empregada nos grupos de auto-ajuda, porém, não podemos desconsiderar a relevância social dos mesmos numa área em que as pesquisas e métodos terapêuticos científicos têm oferecido avanços modestos e em que os resultados são pouco encorajadores para atrair, pelo menos, uma parcela da demanda. A disseminação dos grupos de NA. em vários países é uma justificativa para que estes (irmandades) sejam objeto de pesquisa dos cientistas sociais e de Saúde Mental.

2.2.3.3. Abordagens Psicossociais

EDWARDS (1997) afirma que nas abordagens psicossociais há duas direções principais no tratamento dos fenômenos relacionados ao consumo de substâncias. A primeira é a abordagem psicodinâmica, segundo a qual o problema com drogas é uma manifestação externa das perturbações psicológicas do usuário, ou seja, uma neurose. A segunda considera como aspecto central o comportamento relacionado com a procura e utilização de substâncias psicotrópicas. A partir destas concepções são desenvolvidos vários modelos de tratamento, de organização de serviços assistenciais e de treinamento de

profissionais. O citado autor pondera que esse conflito de abordagens não deve ser ignorado. É necessário que o centro de pesquisa e de tratamento posicione-se em pressupostos teóricos e técnicos, ao invés de esperar obter avanços a qualquer custo. Os terapeutas podem tratar os pacientes segundo enfoque psicodinâmico e realizar pesquisas sobre tratamento segundo abordagens biológicas e comportamentais. Apesar de tentador, o ecletismo pode se transformar em confusão, ao invés de uma combinação útil, se os pressupostos não forem esclarecidos e testados. "No pior dos casos, uma combinação irrefletida talvez não passe de uma fusão de erros" (EDWARDS, 1997). Ainda segundo este autor, as qualidades do terapeuta podem ser mais importantes do que o modelo de tratamento utilizado.

2.2.3.4. Abordagens Religiosas

Há, no Brasil, várias instituições de caráter religioso atuando na recuperação de drogados. A Fazenda Bom Jesus, em Campinas (São Paulo) é uma das pioneiras. O modelo de trabalho lá adotado difundiu-se para outros centros de recuperação do país. A entidade, apesar de ter fundamentação religiosa, conta com os serviços de uma equipe multiprofissional. BUCHER (1985) comenta que estas formas de atendimento, "práticas de desintoxicação pela religião", são uma variação do modelo comportamental.

> "Como as teorias comportamentais, essas práticas se oriundam dos Estados Unidos, sendo realizadas por grupos, em sua maioria, protestantes. Como as teorias comportamentais. ainda, elas preconizam uma disciplina rigorosa e estabelecem um estrito contole sobre os sujeitos, que aceitam o confinamento em suas instituições. Ali eles são submetidos a uma lavagem cerebral, que lentamente os transforma em cordeiros benévolos, embora mentalmente decotados".

Escolhemos este trecho para ilustrar como, na história recente dos tratamentos, o conjunto das dificuldades envolvidas na assistência a dependentes de drogas pode

desencadear avaliações precipitadas, por vezes drásticas, com matizes mais emocionais que científicos, mesmo por parte de pesquisadores de reconhecido valor. Para BUCHER (1985), os centros de recuperação com abordagem religiosa e com utilização de princípios de Psicologia Comportamental geram "uma troca de dependência e de uma re-intoxicação ideológica, com a diferença que a droga de substituição não reside somente na obediência a regras de reforço e de punição, mas na mensagem religiosa de uma liberação pela submissão ao Senhor Jesus". Entendemos que o papel da religiosidade dentro do conjunto das possibilidades de atendimento ao toxicodependente, antes de ser atacado, deve ser objeto de estudo. Esta dimensão cultural do ser humano não deve ser simplesmente julgada a partir de valores pessoais.

2.2.4. Algumas Considerações Sobre os Modelos

A respeito das dificuldades encontradas nas diversas modalidades de intervenção, DIAS (1995) afirma que "a generalização do discurso, dos mais especializados aos menos especializados (do técnico ao voluntário), faz parte da mesmíssima ofensiva obscurantista, que senta à volta da mesma mesa médicos e polícias".

LARANJEIRA (1996) afirma que não houve avanços no atendimento às dependências de drogas em nosso meio. As formas tradicionais de atendimento, baseadas em hospitais psiquiátricos e clínicas, predominam em relação às intervenções mais precoces e às ações comunitárias, que praticamente não se desenvolveram. Há cerca de três décadas os tratamentos psiquiátricos hospitalares, oferecidos pela rede pública, são criticados pela literatura científica relativa às toxicomanias.

SILVEIRA FILHO (1996), do PROAD (Programa de Orientação e Assistência a Dependentes de Drogas) da Universidade Federal de São Paulo, comenta que o fenômeno da dependência deve se à droga, ao indivíduo e ao contexto em que se realiza este encontro entre sujeito e droga. Para este autor, a psiquiatria contemporânea vem se utilizando de um modelo científico positivista das ciências exatas, que freqüentemente incorre em simplificações, atualmente inaceitáveis.

Ainda segundo o mesmo autor, o modelo biológico de doença pressupõe que o consumo de drogas e álcool, quanto aos aspectos de abuso e dependência, determina uma

doença crônica, progressiva e sujeita a recidivas. Este padrão é passível de críticas, por basear-se em modelos genéticos controvertidos, não estar apoiado em uma teoria de dependência e por não abranger grande parte dos casos.

Outro modelo citado é o de modelagem social, o qual postula que o comportamento de consumir álcool e drogas é fruto de processos de aprendizagem ambiental. O citado autor argumenta que este modelo desconsidera as motivações individuais por não discriminar padrões de uso (recreativo e ocasional) abuso e dependência, e, finalmente, que é difícil comprovar a relação entre influência social e dependência química.

Para SILVEIRA FILHO (1996), "o modelo de fatores de riscos múltiplos é criticável por ser linear e causal; não foram bem sucedidas as tentativas de identificar associações de fatores que possam prever padrões específicos de consumo, e a teoria é estática e linear, uma vez que, não dispõe de uma descrição das inter-relações dinâmicas entre os fatores de risco e o uso de substâncias".

Este autor afirma que o modelo sistêmico; o qual pressupõe que os problemas relacionados ao uso de álcool e drogas devem-se à interação do indivíduo com o ambiente, é o que pode abarcar a complexidade do fenômeno.

Diante desta breve exposição, ressaltamos que as propostas e modelos de tratamento para farmacodependentes, em geral, são procedimentos ecléticos de ações médicas, psicológicas, sociais e religiosas. É pouco comum encontrarmos modelos puros. Nas últimas décadas, instalou-se uma panacéia de abordagens, um verdadeiro vale-tudo para se obter a abstinência de drogas. Este era o objetivo maior dos chamados tratamentos. A meta da abstinência, como um fim, foi a justificativa para a adoção dos meios mais variados, tais como: desintoxicação, com ou sem manutenção farmacológica; psicoterapia, catequização religiosa; intimidação policial; agressões físicas; laborterapia; internação psiquiátrica; clínicas especializadas; programas de narcóticos anônimos (NA); programas residenciais dirigidos por ex-dependentes; ambulatórios com equipe multiprofissional e enfoque interdisciplinar.

2.3. A PESQUISA E O TRATAMENTO DE TRANSTORNOS RELACIONADOS A SUBSTÂNCIAS NAS ÚLTIMAS DÉCADAS

2.3.1. Os novos Modelos

BUCHER & COSTA (1985) propõem um modelo de tratamento a toxicômanos que seja capaz de integrar os aspectos biológicos, psicológicos e socioculturais do problema. Ressaltam a importância de um modelo integrado, que considere a especificidade antropológica do uso de drogas nas sociedades em geral e na brasileira em particular. Os autores distinguem três modelos principais: o médico-psiquiátrico, que enfatiza a dependência física de drogas ou a doença mental do paciente; comportamental, que se utiliza de condicionamentos, dessensibilização, medidas educativas, coercitivas ou sugestivas; e o psicodinâmico, inspirado na teoria psicanalítica, que procura trabalhar os conflitos inconscientes, suas motivações e desejos de caráter destrutivo. Estes autores optam pelo modelo psicodinâmico, embora assinalem a necessidade de tratamento psiquiátrico e comportamental nas etapas de desintoxicação e adaptação ao ambiente terapêutico.

Eles apresentam uma estimativa da UNESCO sobre a probabilidade da abstinência definitiva de drogas: os percentuais de 20 a 30% de sucesso ocorrem quando o paciente procura ajuda terapêutica por motivação própria, o índice passa para 8% quando o tratamento é feito por determinação judicial ou médica, e atingindo 1% nos casos em que a família impõe o tratamento.

SARINÃNA (1991) defende a posição de que a intervenção terapêutica deve ser multidisciplinar e com abordagem psicodinâmica, médica e psicossocial.

"O que se sabe hoje do problema, tanto do ponto de vista psicossocial como do epidemiológico e clínico, aponta com maior clareza que a compreensão do fenômeno, assim como os instrumentos teórico-clínicos para abordá-lo, devem ser multidisciplinares".

A literatura científica a respeito das relações familiares indica que uma porcentagem significativa de adolescentes que usam ou abusam de drogas tem um pai alcoólico ou dependente de alguma substância psicoativa e este, em geral, segue a política do "faça o que digo e não o que eu faço". A relação parental é marcada pelo modelo narcisista, os pais vivem um pacto inconsciente perverso: o pai faz "vista grossa", e a mãe vive em simbiose com o filho; ele não intervem e ela nutre-se do filho.

A autora citada assinala que esta modalidade de interação narcisista aparece como ponto importante a ser considerado na clínica, dado que as pessoas que rodeiam o usuário de drogas convertem se em indutores.

"Os terapeutas familiares têm observado que a família propicia que o farmacodependente seja um indivíduo sem responsabilidade, sem competência, sem credibilidade, o que permite desconsiderar ou não ver outros problemas familiares, do casal ou de outros filhos" (SARINÃNA, 1991).

Em um estudo com três grupos de adolescentes, um de poliusuários, outro de usuários de maconha e outro de jovens que nunca haviam usado drogas, constatou-se que os usuários de drogas apresentavam alterações em todas as funções do ego, em comparação aos não-consumidores. Estes resultados mostram que a intervenção terapêutica deve promover o desenvolvimento de tais funções em especial, a prova de realidade, a regulação e o controle dos impulsos e afetos como alternativa para o consumo de drogas.

A Psicanálise situa a drogadição dentro das patologias fronteiriças e dos transtornos narcisistas. O uso de drogas é considerado um sintoma de uma patologia subjacente, que deve ser tratada. Por outro lado, a Psiquiatria e a Psicologia sugerem que a drogadependência é um transtorno primário e não secundário. SARINÃNA (1991) propõe uma integração destas abordagens, posto que são complementares e não excludentes. Sugere a combinação do tratamento psicodinâmico com períodos de desintoxicação hospitalar. Outra combinação é a associação de psicoterapia com grupos de auto-ajuda, AA

e NA. O tratamento combinado, desde o início, pode promover o desenvolvimento e facilitar a abstinência ou a redução do consumo. O tratamento familiar deve ser estimulado, atividades esportivas, culturais e de ação social que ajudem a favorecer o desenvolvimento no sentido da independência das figuras primárias. Dado o caráter multivariado do fenômeno, deve-se reduzir os fatores de risco com a oferta de apoio social e terapêutico.

ANDRADE & SOARES (1989) descrevem a estrutura do GREA, Grupo Interdisciplinar de Estudos de Alcoolismo e Farmacodependências, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. O GREA tem como objetivos a assistência, o ensino e a pesquisa no campo do alcoolismo e farmacodependências. Os autores destacam as atividades atuais do grupo, com ênfase às linhas de pesquisa em desenvolvimento. Uma destas é a avaliação da efetividade de tratamentos para alcoolistas e farmacodependentes. Faz-se uma comparação entre dois programas terapêuticos. Um deles é de baixo investimento, baseado em consultas psiquiátricas mensais; o outro, considerado de alto investimento, inclui consultas médicas, psicoterapia de grupo, terapia familiar, além de consultas psiquiátricas. Os dois grupos têm sido acompanhados durante cinco anos. Os resultados não têm mostrado diferenças significativas entre eles.

"Há controvérsia, na literatura, a respeito de qual intervenção terapêutica seria mais adequada para o alcoolista, chegando, alguns autores, a questionar se há alguma modalidade de tratamento que seria mais efetiva que um conselho médico (...) Por outro lado, há autores que atestam haver vantagens de efetividade nas abordagens mais intensiva" (ANDRADE & SOARES, 1989).

Os autores concluem que o essencial num fenômeno multifacetado, como o alcoolismo e as farmacodependências, é um tratamento interdisciplinar, que possibilite uma melhor compreensão e abordagem do problema.

LARANJEIRA (1996) comenta que, nas duas últimas décadas, houve um considerável avanço na literatura internacional na área de dependência de drogas. Os estudos têm mostrado a existência de uma grande diversidade de problemas e de populações envolvidas com diferentes níveis de uso de drogas e de álcool, portanto, "deve-se buscar uma política que seja diversificada e flexível e que possa contemplar, pelo menos, uma parte destes problemas". Em países como Reino Unido, Holanda e Estados Unidos, a constatação de que usuários de drogas injetáveis infectaram-se pelo HIV e que ocorreu aumento do número de mulheres com HIV positivo desencadeou ações de educação e tratamento dirigidas para estas populações. O objetivo destas ações era reduzir o risco de infecção por HIV.

"Muitos autores defendem que esta política de redução de danos foi a maior revolução já ocorrida na história dos tratamentos dos usuários de drogas. Houve uma mudança profunda no significado do conceito de tratamento. Até então, existia a tendência de tratamento significar abstinência completa de uma droga. O advento da infecção por HIV forçou o sistema de tratamento desses países a se tornarem mais realistas e optarem pelo 'second best'; que é a mudança de alguns comportamentos em relação ao uso de drogas, muito embora não haja, num primeiro momento, abstinência completa" (LARANJEIRA, 1996)

2.3.2. Algumas Experiências de Centros Brasileiros de Atendimento a Toxicômanos

Vamos comentar alguns aspectos dos centros brasileiros de atendimento a usuários de drogas utilizando como exemplos o Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas, da Bahia, e o Centro Mineiro de Toxicomania. Escolhemos para os propósitos do presente estudo dois serviços de diferentes regiões do país. Entendemos que é necessário apresentar e descrever os fundamentos teóricos e técnicos destes centros, que são representativos da influência do modelo psicodinâmico de tratamento francês. Embora não

haja, na literatura científica, indicações de que este modelo de tratamento apresente melhores resultados que os outros. Reiteramos que não pretendemos, aqui, fazer uma revisão extensa e completa do que ocorre nesta área no Brasil.

A coleta de informações na Bahia, entre 1985 e 1988, foi realizada no Centro de Estudos e Terapia do Abuso de Drogas (CETAD). O setor de clínica funciona em caráter ambulatorial, acolhendo consumidores de drogas e (ou) familiares de acordo com três princípios fundamentais; a busca espontânea do tratamento, o anonimato assegurado a quem o desejar e a gratuidade. O atendimento à demanda segue etapas. "O acolhimento, considerado um momento de extrema importância, aqui tudo se joga: aquele que acolhe deverá deixar-se encontrar com aquele que chega. Na instantaneidade do encontro, como, aliás, também ocorre com a droga" (NERY FILHO *et al.*, 1989).

Num segundo encontro, com hora marcada, é feita uma avaliação da demanda de tratamento e o usuário é encaminhado para o terapeuta melhor indicado para a continuidade do processo de relação Cliente/Serviço/Equipe Técnica.

"A terapia no CETAD tem como base teórica a Psicanálise e os atendimentos são feitos, até o momento, individualmente, com sessões de aproximadamente 40 minutos de duração; a freqüência depende de cada caso, mas nunca é inferior a uma vez por semana. Quando absolutamente necessária, a utilização de psicofármacos é restrita ao mínimo possível e sob a supervisão de um psiquiatra da equipe, a fim de serem realizados exames complementares, especialmente nos casos de utilização de drogas injetáveis" (NERY FILHO *et al.*, 1989).

Se houver necessidade de hospitalização, para desintoxicação ou para fins de assistência psiquiátrica, o cliente é encaminhado.

Em relação à família, foi observado alto percentual de demanda. Esta situação levou à criação de uma alternativa de atendimento, para diminuir o sofrimento contido nestas demandas, além de possibilitar uma melhor compreensão do problema. Foram estabelecidos quatro objetivos neste trabalho:

- Acolher as famílias de consumidores de drogas para avaliação e encaminhamento adequado.

- Adquirir conhecimentos específicos sobre o uso de drogas.

- Formar de grupos de familiares para troca de experiências, reflexão e discussão das questões do uso de drogas em cada família.

-Trabalhar as ansiedades familiares, promover condições para o equacionamento dos conflitos intrafamiliares.

O trabalho familiar é realizado em grupos, com aproximadamente dez participantes de diferentes famílias. Emprega-se, como critério de homogeneidade, o nível sociocultural. O grupo de familiares tem a duração de dois meses e conta com a participação de dois terapeutas. O percurso do grupo segue as seguintes etapas:

- Acolhimento: primeiro contato.

- Entrevista: avaliação da dinâmica familiar.

- Reuniões com o grupo: apresentações de material audiovisual e discussões a partir do material.

- Encaminhamento: psicoterapia familiar ou individual, conforme a necessidade verificada no trabalho do grupo.

No que se refere à avaliação da eficácia dos procedimentos terapêuticos, é feita a exposição que se segue:

"A Clínica das Toxicomanias oferece, a esse respeito, dificuldades suplementares, quer por envolver permanentemente questões de ordem legal, quer pelas características próprias dos consumidores, que mantêm com os serviços especializados uma relação inconstante, irregular, vacilando permanentemente entre um suposto desejo de romper com a(s) droga(s), e a necessidade de continuar consumindo-as.

(...) É comum dois ou três meses sem qualquer notícia, ocorrendo retorno repentino como se a última entrevista houvesse ocorrido ontem.

O terapeuta deve compreender esse retorno como uma possibilidade, nunca como uma certeza; é necessário ser acolhedor, compreensivo, 'ser forte sem perder a ternura' (NERY FILHO *et al.*, 1989).

Com relação aos levantamentos estatísticos, o CETAD utiliza-se dos mesmos para orientar os rumos e as reflexões a respeito da própria prática. Por outro lado, os autores dizem que "não nos atrai a quantificação fria, nem nos interessa o desconhecimento grosseiro da nossa realidade". Com esta argumentação, deixam de apresentar os resultados quantitativos da experiência do CETAD. É interessante perceber que neste trabalho é feito um levantamento estatístico completo dos dados sociodemográficos da clientela atendida e das drogas utilizadas.

O Centro Mineiro de Toxicomania destina-se ao tratamento de toxicômanos e alcoólicos. Consideram que o tratamento de dependentes é uma intervenção difícil por julgarem "quão operoso é fazê-los abrir mão desse objeto ao qual se ligaram tão intensamente: a droga"

O Centro Mineiro de Toxicomania é a primeira instituição pública de Minas Gerais para tratamento especializado de toxicômanos. Está instalado na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, tendo articulação com dois hospitais psiquiátricos gerais e um pronto-socorro.

(...)"nem por isso suas propostas restringem se ao orgânico, à terapêutica do corpo. Inclui a escuta da fala do sujeito e um ato com função de intervenção, de corte sobre o que o mantém estagnado, possibilitando impulsionar o sujeito à busca de uma posição verdadeira (do ponto de vista do seu próprio desejo em relação aos objetos") (MUNDIN *et al.*, 1989).

Este centro, a partir de 1986, adotou a tese de que a droga não faz o toxicômano, mas o contrário: o toxicômano faz a droga. Enquanto instituição de tratamento, concorda com a afirmação de que "a instituição não é mais e nem menos que um significante na história do toxicômano, a partir do qual ele tentará dar sentido ao ato que o levou a entrar no registro do discurso institucional que ele escolheu.

Na Jornada de Estudos do Centro Mineiro de Toxicomania, realizada em 1988, foram estabelecidos os fundamentos teóricos que embasam o trabalho:

- A toxicomania não se conforma a uma estrutura específica, portanto, não se trata necessariamente de uma perversão, como poderia parecer à primeira vista. É comum encontrarmos traços perversos na clínica do toxicômano, podendo, no entanto, estarem alojados numa estrutura de neurose ou psicose.

Um grande número de casos de psicose aparece vinculado à questão da toxicomania, podendo-se pensar numa tentativa de estabilização na colocação da droga como suplência do 'Nome-do-Pai', faltoso.

A clínica da toxicomania é diferente da do alcoolismo, embora os pacientes possam conviver no mesmo espaço do hospital-dia.

É preciso a análise de cada caso para que se apreenda qual a função da droga ocupa para um sujeito determinado, pois que ela varia, não apenas de uma estrutura para outra, como também dentro de uma mesma estrutura, nas articulações do sujeito com o gozo.

A Teoria Psicanalítica tem sido a base, buscando-se leituras em Freud e Lacan. "Parece fundamental a escuta para além dos significantes, lá onde o sujeito entra em atos e desconhece a palavra. Atos de transgressão à lei, de impingir alguma forma de sofrimento ao próprio sujeito, de dificultar o tratamento".

Quanto à forma da abordagem, foram descartados os discursos jurídicos, por terem um caráter repressor, e médicos, que visam à desintoxicação de um organismo comprometido pela droga, tendo um caráter biológico. Assim, em vez de focalizar a droga, o sujeito é tratado em sua totalidade.

Quanto aos procedimentos de prática terapêutica, o Centro tem observado que, em geral, a família traz o paciente. Dependendo do caso, a família será acompanhada por um terapeuta ou convidada para sessões esporádicas. Por vezes, as famílias sustentam o prosseguimento do tratamento dos pacientes. Estes são atendidos individualmente, avaliando- se se haverá encaminhamento para outro recurso especializado. O terapeuta que cuida de cada paciente faz os encaminhamentos necessários.

Os pacientes são atendidos no ambulatório ou no hospital-dia. É comum que eles necessitem permanecer em um lugar em que possam ficar distantes das drogas. Geralmente estão ociosos, sem ocupação fixa, estudo ou trabalho.

O paciente freqüenta o ambulatório e fica no hospital-dia das 9 às 17 horas. No hospital-dia, as duas normas básicas são: não se pode portar ou usar drogas, nem fazer uso de violência. "O hospital-dia é um lugar privilegiado de escuta, onde as atividades são mais um instrumento dessa escuta, uma tática a mais dentro de uma estratégia em direção à cura, do tratamento e não, de forma alguma, como uma "ortopedia" para reeducar os pacientes"(MUNDIN *et al.,* 1989).

Em relação à avaliação, os autores supracitados argumentam que: "se a toxicomania não é uma estrutura nem constitui uma síndrome, não podemos, de antemão, estabelecer uma direção ao tratamento. Se não tem consistência este dado generalizado sobre o toxicômano, também não podemos afirmar qual será seu comportamento ao final do tratamento". A posição dos autores sobre a avaliação não é incompatível com a mensuração dos resultados, em termos de tempo de permanência no tratamento, recidivas, abstinência de uso de drogas e outras medidas. Independentemente das considerações teóricas, o tratamento segue pressupostos básicos que norteiam as intervenções terapêuticas. Portanto, a argumentação dos autores parece-nos desconsiderar o valor da quantificação dos resultados obtidos para a avaliação da efetividade do processo terapêutico. Estas informações constituem relevante material de pesquisa para a compreensão da problemática em estudo. Entendemos que, quaisquer que sejam os resultados, a clínica do toxicômano deve ser estudada em todos os aspectos, inclusive o retrato desta numérico deve ser elucidado.

BUCHER *et al.*, (1995) mencionam que uma das recomendações do Primeiro Encontro de Centros Brasileiros de Tratamentos de Dependências de Drogas (1988), realizado na Escola Paulista de Medicina, foi: "os centros de tratamento, principalmente aqueles considerados de referência pelo CONFEM (Conselho Federal de Entorpecentes), deverão começar a preocupar-se em avaliar os resultados de suas intervenções, sempre que possível". Estes autores comentam, também, que "as abordagens terapêuticas deixam-se polarizar, como se segue: centram-se na droga, enquanto sintoma a combater e eliminar, ou, ampliando, focalizam a pessoa do usuário no contexto da sua vida social". As avaliações quantitativas têm por meta estimar o padrão do consumo, através de freqüência de consumo, taxas de abstinência, mudança de substâncias redução de consumo e de prejuízos provocados. A segunda tendência das abordagens focaliza as mudanças alcançadas pelo usuário na relação subjetiva com a droga. Levam-se em conta as modificações no padrão de consumo, decorrentes de transformações intrapsíquicas. A concepção simplista do 'combate às drogas' e das ideologias que o sustentam é recusada.

2.3.3. A Intervenção Breve na Dependência de Drogas: A Experiência Brasileira

Este projeto foi desenvolvido e realizado pelo Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, com o objetivo de analisar a efetividade de tratamentos em populações de dependentes de álcool e drogas e de estabelecer uma metodologia de avaliação.

O projeto foi conduzido por um grupo multidisciplinar coordenado por duas pesquisadoras experientes, por estudantes de Pós-Graduação e pessoas convidadas. Empregou-se uma técnica diretiva, de abordagem cognitiva, que é conhecida como Intervenção Breve. Como o objetivo principal do projeto era avaliar a efetividade do tratamento de dependentes de drogas, foram formadas equipes de trabalho para análise e formação dos grupos de pacientes nos quais se aplicaria a técnica de intervenção breve e a de psicoterapia de grupo. Os pacientes passaram por entrevista psiquiátrica inicial, para coleta de dados, por diagnóstico clínico e psiquiátrico, levantamento do histórico de uso de drogas e de problemas associados. Com a finalidade de incluir ou não o sujeito na pesquisa e estabelecer padrões de comparação, foram feitos, também, exames laboratoriais, visando

verificar o comprometimento hepático e hematológico do paciente, e avaliação cognitiva, para determinar a conveniência de excluir pacientes muito comprometidos do ponto de vista cognitivo. Uma equipe de seguimento de avaliação entrevistou os sujeitos e os colaterais por eles autorizados, aos dez e aos vinte meses após o início do tratamento.

FORMIGONI & NEUMANN (1992) assinalam que as conclusões podem variar de acordo com os critérios de sucesso adotados para o tratamento: "A intervenção breve demonstrou ser uma alternativa viável na abordagem de dependentes de drogas e álcool. Análises complementares ainda são necessárias para tentar estabelecer o perfil de paciente que melhor se adapta as suas características".

Quanto à psicoterapia de grupo, esta tem a vantagem de atender múltiplos pacientes ao mesmo tempo, apesar da resistência de alguns à abordagem de grupo. A tendência atual é de parear paciente e tratamento, deve ser considerado que a eficiência deste pode ser maior se o paciente concordar com os princípios e métodos.

Na avaliação crítica da primeira experiência de aplicação da Intervenção Breve no Brasil, NEUMANN (1992) ressalta a importância da adesão ao programa, que pode ser evidenciada pelo aspecto da assiduidade e por meio de registros de automonitorização. Ela reflete-se no cumprimento da agenda de tratamento e das exigências deste. A adesão encontrada na amostra pesquisada foi superior àquela verificada geralmente em programas para tratamento de dependências, raramente maior que 30%. Em relação às metas: 75% dos pacientes aceitaram a abstinência total como meta inicial e 25% escolheram alguma forma de redução gradual de consumo.

Apenas 38% dos pacientes atingiram a meta estabelecida, após a primeira sessão de manutenção. O tratamento inclui três sessões de aquisição e três de manutenção, podendo haver sessões adicionais nos intervalos entre elas.

O fator positivo do programa, enfatizado por 60% dos pacientes, foi a técnica, que têm como premissa um atendimento respeitoso e humanitário, sendo citados também os aspectos inovadores. A maior queixa feita por 16% dos pacientes, foi quanto à brevidade do tratamento e ao espaçamento entre as sessões. A sugestão mais freqüente, dada por 26% dos pacientes, foi a de tornar o programa menos breve e com menor espaçamento entre as sessões.

Os pacientes foram divididos em três grupos: sucesso, insucesso e sem dados. Estas categorias foram baseadas nos critérios de consumo, verificados nos três meses de seguimento, e o objetivo foi avaliar a influência, nos grupos, das variáveis:

- Grau de dependência inicial, segundo o DSMIII-R.

- Nível inicial de consumo de álcool ou drogas.

- Severidade de problemas associados ao uso.

- História de tratamentos anteriores para dependência.

- Adesão ao programa.

Destas, apenas a adesão ao tratamento foi capaz de diferenciar os resultados entre três grupos. Esta conclusão está em conformidade com inúmeros achados da literatura, que destacam a importância da adesão ao tratamento a possibilidade de êxito do mesmo.

NEUMANN (1992), na discussão, afirma que:

"Reforçar o processo terapêutico inicial significa intensificar o contato terapêutico, qualitativa e quantitativamente. Quantitativamente, no sentido de aumentar o número de sessões, diminuindo o intervalo entre elas (...) Do ponto de vista qualitativo, as modificações foram no sentido de ampliar a discussão com o paciente sobre os aspectos filosóficos e teóricos envolvidos no programa, de forma a comprometê-lo mais fortemente com o processo terapêutico. O pressuposto filosófico deste modelo parte da idéia de que todos nós somos seres autônomos e capazes de determinar conscientemente o destino de nossas vidas. O papel do terapeuta não se restringe ao de ensinar métodos de autocontrole e novas estratégias. Sua atitude deve ser também de escuta e compreensão (...) Em suma, embora o paciente não chegue acreditando da mesma maneira que nós na sua capacidade de recuperação, é possível, com um pouco mais de tempo e muita disponibilidade para escutá-lo, fazê-lo agente da sua própria vontade de mudar".

Ressaltamos que, nas considerações finais, a autora afirma que o paciente precisa acreditar na própria capacidade de recuperação da mesma maneira que nós. Ou seja, os profissionais também precisam acreditar e encontrar uma saída para a falta de disponibilidade e compreensão? Ou os pacientes é que precisam acreditar na recuperação tanto quanto os terapeutas? A ambigüidade desta frase não nos parece casual, pode estar presente em ambas as partes, terapeutas e pacientes. Outro aspecto que chama a nossa atenção, é o de que se deve fazer do paciente "agente de sua própria vontade". Como conseguir tal objetivo com alguém aprisionado em conflitos e ambivalente entre querer ajuda profissional para prosseguir vivendo e continuar sua busca insaciável de prazer através do consumo de drogas, sem consideração pelos conhecidos e desconhecidos riscos que daí decorrem? Este é um dos aspectos centrais que aguardam uma resposta científica dos estudiosos das dependências químicas. Por que os riscos de vida são objeto de desprezo? Ou de outra maneira, como e por que o paciente transforma "sua própria vontade de viver"? Parece-nos que a questão não é o do paciente querer mudar ou não e sim quais suas condições estruturais de que dispõe para alcançar isso ou não.

2.3.4. Adesão, Prevenção de Recaídas e Efetividade de Tratamentos

Apesar da difusão e do aumento do consumo de cocaína na década de 80, nos Estados Unidos da América (foi a única droga ilícita cujo consumo aumentou), o tratamento "ainda está num estágio exploratório; muitos tratamentos para dependentes de cocaína estão sendo tentados e é importante aprender as lições preliminares" (KLEINMAN *et al.*, 1992). Observamos que, no Brasil, as pesquisas do CEBRID, no período de 1989 a 1997, também, indicam aumento de pacientes internados por consumo de cocaína.

KANG *et al.* (1991) demonstraram que há uma forte relação entre abstinência de cocaína e declínio de problemas familiares e psiquiátricos. Os autores avaliam que o resultado de 19% de sujeitos que se mantiveram abstinentes, depois de participarem do tratamento com psicoterapia semanal (período entre seis meses e um ano), pode ser atribuído às remissões espontâneas dos pacientes motivados que procuraram assistência. "Os resultados da pesquisa indicam que a terapia semanal é ineficaz para usuários de

cocaína" (KANG *et al.*, 1991). Podemos, também, considerar que o modelo de psicoterapia não foi o mais indicado para os participantes do estudo.

A pesquisa de KLEINMAN *et al.* (1992), sobre avaliação de tratamento, aborda um dos aspectos centrais da farmacodependência, razão pela qual será descrita mais deatalhadamente. Os autores descrevem a capacidade de adesão de pacientes ambulatoriais. As variáveis relativas aos pacientes, bem como a condição de continência das modalidades terapêuticas (psicoterapia individual, familiar e de grupo) são estudadas.

Cinco categorias principais de variáveis têm sido relatadas como influenciadoras da adesão: sociodemográficas, histórico de tratamentos, sintomatologia psiquiátrica, nível de desvio de comportamento e nível de uso de drogas.

"É possível que as pessoas com grau maior de consumo de drogas possam apresentar mais dificuldades para permanecer em programas de tratamento. Os poucos estudos que registram o efeito do nível de uso de drogas sobre a adesão ao tratamento, encontraram que sujeitos com nível mais alto de consumo de drogas desistem mais cedo do que os outros consumidores" (KLEINMAN *et al.*, 1992).

A população do estudo citado foi composta por 148 sujeitos que estiveram, pelo menos uma vez, em tratamento ambulatorial em centro abertos de tratamento de Nova York, Estados Unidos. Estas pessoas foram recrutadas para participarem de um estudo comparativo entre a efetividade da terapia individual e da familiar com os tratamentos convencionais, conduzidos por paraprofissionais em psicoterapia de grupo.

A maioria dos sujeitos (87%) era do sexo masculino; a idade dos participantes variou entre 20 e 47 anos, com média de 30,5 anos. Todos os sujeitos admitidos no estudo foram classificados como dependentes de cocaína pelos critérios do DSM-III-R.

Os resultados quanto à adesão ao tratamento foram:

- 42% dos sujeitos participaram de uma ou duas entrevistas de investigação;

- 30% dos sujeitos abandonaram o tratamento antes da terceira sessão;

- 28% dos sujeitos abandonaram o tratamento entre a terceira e a quinta sessão;

- 14% dos sujeitos permaneceram entre seis e doze sessões;

- 6% dos sujeitos permaneceram entre treze e dezoito sessões;

- 4% dos sujeitos permaneceram entre dezenove e vinte e quatro sessões.

Na discussão dos resultados, KLEINMAN *et al.* (1992) "comentam que as desistências, apesar do alto índice, estão dentro do intervalo considerado típico. Dos 148 sujeitos participantes do estudo, 42% desistiram antes do terceiro encontro e apenas 24% compareceram a seis ou mais sessões". Dos dados obtidos, nenhum mostrou ser útil para prever desistências precoces. A idade demonstrou ser um importante fator para predizer maior adesão à terapia, bem como a ausência de experiência prisional e a presença de menor comprometimento psicológico indicaram tendência de maior permanência em tratamento.

Quanto à modalidade de tratamento, o estudo supracitado mostrou que a terapia individual e a familiar foram mais eficazes para o prosseguimento da adesão ao tratamento. Por outro lado, nenhum tratamento foi tão capaz de manter pessoas de nível econômico mais baixo como o dos grupos de paraprofissionais.

Uma importância maior deve ser dada aos diferentes aspectos ligados à interação entre programa terapêutico e variáveis do cliente. Os achados encontrados mostram que as diferentes taxas de adesão entre terapeutas podem ser importantes, especialmente porque são consistentes com outros resultados descritos na literatura.

PINSKY *et al.* (1995), em um estudo qualitativo dos motivos para o abandono de tratamento ambulatorial por dependentes de álcool e drogas, realizado na Escola Paulista de Medicina, confirmaram os achados da literatura, de que, o abandono está relacionado ao aumento ou manutenção da gravidade da dependência e às recaídas.

Os sujeitos da amostra pesquisada alegaram, como justificativa para o abandono, incompatibilidade de horários (embora existisse a possibilidade de mudança de horário), obtenção de melhoras ou recaídas. Os autores ressaltam que se deve distinguir a 'recaída' (reinstalação do padrão de consumo) de um 'lapso' (deslize), bem como a utilização de recursos de prevenção de recaídas. O estudo sugere, ainda, a importância do uso de técnicas motivacionais (participação da família) para fortalecer o processo terapêutico e a adesão ao tratamento.

Em relação à recaída, DEJONG (1994) afirma que:

> "Recaída - retomada do uso de substâncias depois de um período de abstinência - é uma frustração, porém é parte do processo de recuperação. Altas taxas de recaídas são encontradas para vários abusos de substâncias, incluindo opiáceos, cocaína, álcool e tabaco. A maioria dos pacientes recaem no primeiro ano de seguimento de tratamento. Os primeiros trinta dias depois do tratamento são especialmente vulneráveis. Enquanto muitas pessoas dependentes adquirem um permanente estado de sobriedade após vários tratamentos, muitos outros não atingem esta condição. A meta de abstinência permanente é atingida por menos da metade dos pacientes tratados".

As diferentes formas de utilização do conceito de recaída têm dificultado comparações entre os estudos. Em essência, todas refletem a idéia básica de retomada da freqüência e falta de controle no uso da droga. Recentemente foi feita uma distinção entre 'deslize' (lapso), que é o uso esporádico de substância, e 'recaída', que se refere à reinstalação do padrão de uso anterior ao tratamento.

DEJONG (1994) defende a idéia de que, para o sujeito adquirir a abstinência de drogas, não é necessário um tratamento vitalício. Para este autor, os dependentes de drogas precisam aprender a enfrentar o desejo e as pressões sociais no sentido de que usem drogas. Precisam integrar-se em novas atividades sociais, para aprenderem a encontrar prazer fora do uso de drogas e a achar alternativas para suportarem situações de mal-estar físico e emocional. É necessário que eles desenvolvam uma nova forma de vida. O princípio central do programa de treinamento de recuperação e auto-ajuda e os similares de prevenção de recaídas é de que os indivíduos devem ser educados para administrarem as próprias habilidades afim de atingirem êxito depois de um tratamento.

SILVERS (1993) desenvolveu uma técnica de auto-regulação sobre o desejo dos pacientes, em tratamento psicoterápico, de usarem substâncias, através da evocação do bem-estar psicofarmacológico proporcionado pelo uso da droga. A autora argumenta que o controle sobre o desejo de usar drogas é obtido com a remissão do comportamento aditivo. Dos sujeitos por ela acompanhados, 79% dos que eram abusadores de drogas ilícitas ou de substâncias prescritas obtiveram remissão no período avaliado, de cinco anos a seis meses. A autora ressalta que, apesar do viés representado pela amostra estudada (22 sujeitos), a efetividade do tratamento descrito pode ser atribuída à técnica de auto-regulação. Segundo ela a união do pensamento com a emoção parece ser capaz de induzir respostas fisiológicas que satisfazem o desejo pelas substâncias. Várias críticas podem ser feitas em relação à metodologia utilizada, destacamos a falta de avaliação dos resultados por outros estudiosos. A própria autora da técnica conduz e avalia a efetividade do procedimento. Incluímos este estudo em nossa revisão bibliográfica por se tratar de artigo que descreve um procedimento terapêutico pouco conhecido, pelo menos no Brasil.

CARROLL *et al.* (1994) compararam a efetividade da farmacoterapia e da psicoterapia, usadas em conjunto e isoladamente, no tratamento ambulatorial de abusadores de cocaína. Os autores selecionaram sujeitos que tinham a cocaína como principal droga de abuso (foram seguidos os critérios do DSM-III-R) e que relataram o consumo de, pelo menos, 12 gramas de cocaína durante os três meses anteriores ao início do tratamento nos últimos três meses. Estabeleceram-se como critérios de exclusão da amostra: a presença de transtornos mentais, como mania e esquizofrenia; histórico de tratamentos nos dois meses anteriores a seleção, contra-indicação para antidepressivos tricíclicos, além de outros.

Experientes terapeutas, num total de onze, definiram o tipo de tratamento que gostariam de aplicar no experimento, quatro psicólogos e um psiquiatra conduziram a prevenção de recaídas, seis psiquiatras foram reponsáveis pelo manejo clínico.

Os sujeitos, além de passarem por avaliação médica, foram acompanhados durante doze semanas, através de material colhido semanalmente. A medicação inicial era de 50mg de desipramina ou placebo.

A avaliação foi realizada antes, durante (semanalmente) e ao final do tratamento. Houve redução do uso de cocaína durante o tratamento e início de abstinência; registraram-se períodos mais longos de abstinência durante o tratamento. Os auto-registros dos sujeitos foram verificados através de exames toxicológicos de urina.

A análise dos resultados foi feita em três grupos de amostras;

1-Todos os sujeitos selecionados (n=139).

2-Todos os que participaram de duas ou mais sessões de tratamento e receberam, pelos menos, uma semana de estudo medicamentoso (n=110).

3-Todos os que terminaram o tratamento (n=49), concluíram as doze semanas, ou doze sessões, e atingiram nível sangüíneo de medicação compatível com o nível de atividade para o sujeito. "Apesar desta avaliação preliminar de psicoterapia e farmacoterapia, nenhum estudo comparou, ainda, estas duas formas de tratamento ou sistematicamente avaliou sua eficácia quando combinadas" (CARROLL *et al.*, 1994).

Neste estudo, o grupo de sujeitos que recebeu desipramina e terapia de prevenção de recidivas teve a mais alta taxa de conclusão do tratamento 49%; o que recebeu manejo clínico e placebo, 39%; o grupo tratado com manejo clínico e desipramina, 37%; e naquele em que foram utilizadas a prevenção de recaídas e placebo, 36%.

A análise dos resultados mostrou melhoras significativas do pré-tratamento para o pós-tratamento em todos os grupos do estudo. O uso de cocaína diminuiu em todos eles. Não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos que participaram de psicoterapia e os da farmacoterapia, também não foi encontrada significativa interação entre os dois tratamentos.

Os autores concluíram que os achados da pesquisa não permitem afirmar a eficácia de um único tipo de tratamento para todos os usuários de cocaína. Há significativa heterogeneidade entre os consumidores desta droga. Características psicopatológicas podem influenciar na procura de tratamento, na adesão e no empenho do paciente.

AZRIN *et al.* (1996) realizaram um estudo comparativo entre terapia de apoio através de aconselhamento e terapia comportamental para abusadores de droga. A pesquisa envolveu dados referentes ao acompanhamento de 74 sujeitos, tratados em 17 sessões, durante uma média de oito meses. Todos os sujeitos estavam usando drogas no pré-tratamento, segundo auto-relato, relato familiar ou análise de urina. No último mês de tratamento, 81% dos sujeitos da terapia de aconselhamento e 44% daqueles da terapia comportamental usaram drogas pelo menos uma vez. Nos meses de pós-tratamento,71%dos que fizeram terapia de aconselhamento e 42% daqueles que fizeram a comportamental usaram drogas pelo menos uma vez. Os sujeitos do grupo de aconselhamento não diminuíram o número de dias de uso de drogas do final do tratamento para o pós-tratamento. Os que receberam tratamento comportamental reduziram em 10% este número.

A conclusão do estudo indica que há uma redução substancial do uso de drogas com a aplicação de tratamento específico, esta redução mantém-se após o final do tratamento. A inclusão da família na terapia e o uso de reforço contingente ao resultado do exame de urina parecem determinar o êxito dos resultados finais. Tudo indica que a redução do uso de drogas deve-se à manutenção da influência positiva da família, mesmo

após o final do tratamento. Uma investigação realizada por GIBSON *et al.* (1992) demonstrou que o tratamento de drogados pode ser útil para a família e para o usuário. Os pacientes e as famílias destes foram avaliados no início e após três meses de tratamento. Familiares e pacientes perceberam uma significativa redução de crises e dificuldades de relacionamento. Durante o tratamento foi aplicada metadona para dependentes de opiáceos. Os autores consideraram que há limitações neste estudo e que as melhoras relatadas no funcionamento familiar podem ocorrer em virtude de fatores alheios ao tratamento. "Este estudo fornece fortes indicações de que o tratamento de drogados propicia alívio para os familiares e uma oportunidade para a família do adicto começar a se aproximar do funcionamento normal" (GIBSON *et al.*, 1992).

A equipe de tratamento deve estar preparada para identificar os problemas familiares que podem estar contribuindo para o consumo de drogas pelo paciente. No tratamento clínico, pessoas da família são convidadas para participar, mensalmente, de um encontro num grupo de apoio. Deste modo, e ajuda-se as famílias a sairem do seu estado de isolamento que muitas delas experimentam, além de ajudar na recuperação do usuário. "O desafio é capitalizar as melhoras imediatas no funcionamento familiar para prolongar os benefícios para familiares e dependentes" (GIBSON *et al.*, 1992).

O uso de drogas ilícitas resiste às intervenções psicológicas, mesmo mantendo-se a abstinência de maneira artificial, através de internação, as recaídas parecem inevitáveis. O fato a ser destacado é o descréscimo no uso de drogas, observado nas pesquisas de acompanhamento por períodos de seis meses a quatro anos após o programa de tratamento (AZRIN *et al.*, 1996). Ainda em relação às dificuldades encontradas nas várias formas de tratamento, GALDURÓZ & CARLINI (1993) afirmam que "o tratamento da dependência de drogas requer pessoas capacitadas e especializadas, que saibam contornar as recaídas e motivar o paciente a buscar a abstinência, aprendendo a viver sem drogas".

Concluímos, com base presente revisão bibliográfica, que os resultados das pesquisas sobre avaliação de tratamentos apontam a necessidade de uma melhor definição dos aspectos gerais e específicos (quando houver) do método empregado, bem como o estudo dos efeitos das variáveis dos pacientes na avaliação da efetividade do processo.

Os dados atualmente disponíveis na literatura permitem identificar alguns consensos: a disposição do paciente em participar do tratamento; as habilidades do terapeuta; o envolvimento da família e o percentual de 'êxito', raramente superior a 30%. Outros aspectos importantes a serem melhor compreendidos são a aplicação de procedimentos de prevenção de recaídas e a diferenciação dos conceitos de recaída (reinstalação do padrão de uso anterior ao tratamento) e deslize (uso eventual). Uma dificuldade adicional é criada quando o acompanhamento da evolução dos resultados fica restrita a um período breve (alguns meses), o que não permite uma avaliação consistente, ou a um longo período (três ou mais), no qual a complexidade de novas variáveis envolvidas dificulta ou inviabiliza a determinação da origem do efeito (abstinência, redução de sintomas psiquiátricos, psicológicos, progressos escolares e (ou) profissionais, melhor relação familiar) produzido.

2.3.5. Abordagem Familiar

Um dos pontos de convergência entre as propostas de tratamento para familiares de usuários de drogas é que a relação entre o dependente e a família é de influência recíproca. "As conclusões dos diferentes estudos na área da psicoterapia familiar de farmacodependentes permitem afirmar que, embora não esteja estabelecida a orientação mais eficaz na abordagem dos familiares, esta terapêutica deve compor o programa de tratamento destes pacientes" (BRASILIANO & COBELO, 1994).

Na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (LILACS), encontramos, até 12/09/98, trinta artigos (do total de 1.206 sobre abuso de substâncias), sobre centros de tratamento para dependentes químicos Entre os artigos relacionados, predominam as publicações do Centro de Integração Juvenil do México, que se concentram na abordagem de famílias de dependentes de droga. Por este motivo, exemplificamos, através de uma descrição mais detalhada, um destes estudos.

A experiência do Centro de Integração Juvenil do México, no tratamento de dependentes de drogas e de seus familiares, destaca que a farmacodependência não pode ser considerada simplesmente um transtorno localizado no indivíduo, sem a participação de outros membros da sociedade. "Assim, partindo do fato de que a família é o grupo mais

ligado ao paciente, temos observado que ela se encontra incluída no complexo problema da farmacodependência" (TORRES *et al.*, 1990).

O primeiro contato do paciente com o Centro dá-se através do Serviço Social. O paciente chega pressionado pelos pais, pela esposa, por dificuldades na escola ou por problemas legais. Dispor-se ao tratamento é uma forma imediata de resolver os conflito familiares ou de poder continuar os estudos. Em geral, os pais decidem pela internação dos filhos porque o relacionamento com estes está fora de controle. Há manifestações de agressividade ou de rebeldia que os pais não conseguem manejar. Diante destas dificuldades, eles recorrem ao Centro de Atendimento, esperando que, ao final do tratamento, o filho lhes seja entregue curado. A família é estimulada a participar do tratamento, uma vez que o farmacodependente origina um desequilíbrio no grupo familiar. Porém, as familias são resistentes a esta participação, pois não estão dispostas a receberem indicações de como devem educar os filhos. É dado, como justificativa, o fato de que os demais filhos receberam a mesma educação e não são viciados. Assim, a família desloca toda a responsabilidade da questão para o filho toxicodependente.

A experiência do Centro de Integração Juvenil do México, nas áreas de Psicologia e Psiquiatria, estabeleceu quatro pontos característicos a serem enfocados no tratamento: Comunicação Inadequada, Relações Familiares, Dinâmica Familiar e Expectativa de Tratamento. Cada um dos pontos é definido por um conjunto de situações típicas, que explicitamos a seguir.

a) Comunicação Inadequada;

- Os pais, em geral, tomam conhecimento da situação de dependência de drogas, depois do início desta.

- Consideram que o filho é um irresponsável, rebelde, viciado, vadio, etc.

- Afirmam que todas as pessoas da família estão bem. A preocupação está voltada para o filho que consome droga.

- Os familiares mostram dificuldade para expressar os próprios sentimentos.

b) Relações Familiares:

- Os pais delegam as responsabilidades dos problemas ao filho.

- Geralmente há confusão de regras. Os pais são mais rígidos e as mães, mais flexíveis.

- Há uma outra pessoa da família com dependência química, no passado ou no presente.

c) Dinâmica Familiar:

- Os pais têm a tendência de culpar as más companhias pela dependência do filho.

- Em geral, o paciente é o filho-problema (baixo rendimento escolar, inconstância no trabalho, problemas com a polícia, etc.).

- É comum a existência de um filho modelo (estuda, trabalha, obedece, não se droga e preocupa se com a família).

- Os pais enfatizam as condutas negativas do filho farmacodependente, não atentando para as positivas.

- Com freqüência, os pacientes procuram tratamento por indução dos pais. É necessário um apoio terapêutico capaz de provocar modificações na estrutura familiar. TORRES *et al.* (1990) afirmam ser muito provável que se gerem mudanças na própria estrutura e nos processos psíquicos internos dos familiares.

- Em muitos casos, os pais predispõem o filho ao fracasso ("nunca serve para nada", "só serve para causar problemas", etc.).

Os objetivos do atendimento familiar são:

- Diminuir os índices de abandono do tratamento.

- Conter a ansiedade dos familiares.

- Mudar a atitude dos pais frente ao 'paciente identificado' (filho dependente).

- Diagnosticar o grupo familiar e seus membros.

Os integrantes dos grupos devem participar de nove sessões. Enfatiza-se a importância desta participação, como um espaço para compartilhar experiências com outras pessoas. Ao final das nove sessões, pode ser recontratado novo período de mais nove.

d) Expectativa da família quanto ao tratamento:

- Cura mágica ou milagrosa.

- Internação ou medicação.

- Conselhos, castigos ou atemorizações (mostrando os danos cerebrais).

A participação dos familiares nos grupos de orientação tem revelado três fases:

Na primeira fase, em geral, os familiares ocupam-se da descrição de seus casos específicos, abordando o problema do filho dependente. É comum observarem-se projeções, negação do tempo de contato com o problema do filho, minimização (o problema do outro é mais grave, etc.).

"São analisadas as condições do contexto em que está inserida a Farmacodependência e o que esta representa em cada caso em particular. Expectativas de curas milagrosas e instantâneas, sem esforço algum, aparecem como um desejo inconsciente de que mágica e rapidamente, fiquem prontos e possam voltar curados e adaptados para o seu meio social" (TORRES *et al.*, 1990).

O trabalho do coordenador, nesta fase inicial, do grupo concentra-se nos seguintes aspectos:

- Desmistificar o problema do farmacodependente como "vício" e analisá-lo como um problema de saúde: o dependente não é o único possuidor de conflitos.

- Facilitar a consciência de que a doença é parte do sistema familiar e que os pais são parte do problema.

- Não considerar os pais como os únicos responsáveis pelo problema.

- Fornecer informações sobre a adolescência e as drogas.

- Mostrar os padrões de comunicação, pouco claros, utilizados no núcleo familiar.

Os objetivos da primeira fase são:

- Favorecer a aliança terapêutica.

- Facilitar a expressão afetiva da problemática.

- Compartilhar as experiências particulares com as dos demais.

- Promover atitudes que propiciem a comunicação.

Na segunda etapa, surgem os problemas do âmbito familiar, que permaneciam ocultos devido às ansiedades projetadas no 'paciente identificado'.

Observa-se que os padrões de comunicação são difusos e levam à confusão de papéis. Na relação conjugal há alterações que impedem a reciprocidade, a sexualidade e a comunicação adequada. Não se observa uma relação com individualidade e autonomia dos cônjuges, nem compromisso destes com uma tarefa comum. Geralmente encontram-se transtornos de personalidade que dificultam o trabalho do grupo, são casos de deficiência mental, esquizofrenia, psicose maníaco-depressiva, "borderline" ou neurose obsessivo-compulsiva. Outro aspecto que chama a atenção é a marcante ausência dos pais nos grupos,

a maioria dos participantes são mães. Estas apresentam um intenso sentimento de culpa, por julgarem que fracassaram no objetivo fundamental de suas vidas: "serem boas mães." Quanto aos pais, observou-se que são incapazes de tomar decisões, são pouco interessados nos problemas dos filhos e, de tal maneira rígidos, não se permitem receber ajuda para resolver seus conflitos. Quanto ao casal, um desconhece as necessidades do outro. Reitera-se, sempre que possível, que a única dificuldade é com o 'filho-problema'.

Os objetivos dessa fase são:

- Esclarecer e restituir as funções do sistema familiar.

- Resgatar a participação do pai no grupo familiar.

- Promover a comunicação clara das mensagens entre as pessoas da família.

-Estimular a expressão das expectativas que os pais têm frente aos filhos Conter as angústias dos pais diante da possibilidade de mudança de suas funções, com a melhora do 'paciente identificado'.

- Resgatar os papéis dos integrantes da família, promover a diferenciação de cada um e o sentimento de pertencer ao grupo.

- Desenvolver atitudes que favoreçam a expressão afetiva.

- Favorecer a comunicação afetiva e efetiva do casal.

- Gerar condutas, tais como a implantação de limites objetivos, em que o casal assuma sua 'autoridade moral'.

A terceira fase é de avaliação, na qual os integrantes do grupo consideram os ganhos, quais aspectos ainda precisam ser analisados e melhor compreendidos. Quando se estabelece o sentimento de pertencer ao grupo, a presença passa a ser assídua, a desistência torna-se baixa; ocorrendo apenas nas primeiras quatro semanas.

Os critérios para o término do trabalho de orientação familiar são

- A solicitação dos pais por um serviço específico, como Psicoterapia Familiar, de Casal, Individual ou ingresso no programa "A comunicação familiar como medida para prevenir a farmacodependência".

- O desaparecimento dos sintomas no paciente identificado e a melhor condição dos pais para conterem ansiedades.

- Reintegração dos pais e do paciente identificado às condições pré-mórbidas.

Os critérios para recontrato são:

- Persistência de uma evidente dificuldade dos pais para assumirem o papel que lhes cabe.

- Dificuldade para comunicar-se afetivamente.

- A continuação de mensagens moralizantes de censura, de maneira rígida e predominante.

TORRES *et al.*, (1990) limitam-se à descrição do trabalho nos aspectos teóricos e técnicos. A fundamentação teórica do Centro de Integração Juvenil do México é psicodinâmica, também é possível identificarmos a utilização da abordagem sistêmica na condução técnica do trabalho terapêutico familiar.

Não há comentários relativos a resultados e avaliação de aspectos quantitativos, nem tampouco apresentação de levantamento estatístico da clientela assistida por este centro de tratamento. Esta característica é encontrada em outros trabalhos consultados na base de dados LILACS, a grande maioria, apresenta pesquisas qualitativas e descrição de experiências.

2.4. A INTEGRAÇÃO DA PESQUISA COM A CLÍNICA

Abordamos, neste ítem, a necessidade de integrar-se pesquisa e clínica, bem como, as preocupações da WHO (1996a, 1996b) com a avaliação dos tratamentos e com a formação dos profissionais que trabalham na prevenção e tratamento de uso de drogas.

2.4.1. Desintoxicação, Abstinência e Outros Objetivos Terapêuticos

STRANG (1992) analisa, à luz de dados de pesquisas, três afirmações freqüentes em relação ao tratamento de dependentes de drogas. Para o autor elas refletem a simplicidade e a profundidade da teoria e da prática, especialmente em relação às drogas pesadas. As afirmações consideradas são:

- A impossibilidade de desintoxicação.

- A impossibilidade de manter a abstinência.

- A impossibilidade de adquirir outro objetivo além da abstinência.

2.4.4.1. Desintoxicação

Alguns médicos dizem que nenhum dependente morreu quando privado de heroína e julgam dispensável cuidados médicos para este conseguir a abstinência. A autodeterminação para quebrar o hábito é considerada fator essencial (STRANG, 1992).

A partir de uma ampla revisão bibliográfica, este autor pondera que as pesquisas têm demonstrado que a desintoxicação falha como tratamento e deveria ser vista como um passo preliminar no processo total. Vários estudos têm revelado que há poucas evidências de efetividade detectada em avaliações após um ano de tratamento. A desintoxicação aparece como um tratamento pouco efetivo quando comparada a tratamentos de manutenção com metadona ou com àqueles de Comunidades Terapêuticas. Melhores resultados são obtidos nos tratamentos mais longos (acima de três meses), em

comparação aos de curta duração. Os tratamentos com menos de três meses de duração têm mostrado poucos benefícios, independentemente do tipo de tratamento aplicado (a desintoxicação é prescrita para ser completada em 21 dias ou menos).

2.4.1.2. A Impossibilidade de Manter a Abstinência

A afirmação supracitada reflete uma idéia muito difundida, de que "uma vez drogado, sempre drogado".

> "Certamente há alguns estudos que mostram poucas evidências de mudanças, mas há, também, outros estudos que mostram claramente a viabilidade de mudanças para muitos dependentes. Talvez os maus resultados de tratamentos possam ser, nada mais, do que o resultado de maus tratamentos" (STRANG, 1992).

Há uma série de dados que mostra um aspecto intrigante no campo da pesquisa clínica de tratamento de adições. Enquanto nestas pesquisas as taxas de êxito parecem ser muito baixas, nos estudos longitudinais demonstra-se que, com o passar do tempo, há aumento nos índices de sucesso na obtenção de abstinência estável. Uma outra área que tem contribuído para melhorar os resultados do tratamento é a de prevenção de recaídas. Na abordagem teórica cognitivo-comportamental, são empregados dois conceitos principais: as situações de alto risco e a estratégia de modelagem.

"Na dependência de heroína, os fatores de risco mais comuns para recaídas são: estado de humor (ansiedade, tensão, aborrecimento, tristeza), fatores cognitivos (decisão de tomar droga) e situações externas. Esses fatores podem ocorrer e desencadear a recaída ou, mais freqüentemente, eles ocorrem em grupos, nos quais um ou mais fatores levam aos outros" (STRANG, 1992).

2.4.1.3. Outros Objetivos na Clínica da Toxicomania

A aceitação de que é possível alcançarem-se outras metas, além da abstinência, está se tornando mais difundida na área de farmacodependências, com as abordagens de minimização dos danos e de redução dos riscos.

Há fortes evidências de que o comportamento dos consumidores de drogas é maleável, variando de um indivíduo para outro. Espera-se que os estudos longitudinais possam, também, evidenciar a mudança individual através do tempo. O modelo com base na compreensão do usuário de drogas deve levar em conta a variabilidade, no decorrer do tempo, entre indivíduos e para no mesmo indivíduo. A manutenção do consumidor de drogas em tratamento deve ser negociada no contrato terapêutico, uma vez que, em geral, é possível fazer acordos com eles.

Os serviços de saúde deveriam trabalhar no sentido de atrair os usuários de drogas para procurarem tratamento. Estes serviços deveriam trabalhar com metas intermediárias, metas de abstinência breve, que poderiam ser consideradas estágios da longa jornada de tratamento. "Contudo, há o risco, nesse modelo, de legitimação dos tratamentos ineficazes ou de se endossarem os tratamentos sem efetividade" (STRANG, 1992).

Atualmente, a ênfase tem se deslocado para o uso de drogas injetáveis e o comportamento sexual de risco, devido à AIDS e ao HIV. Diminuir os riscos, para o usuário de drogas injetáveis e para os outros representa uma mudança a partir das décadas de 60 e 70. É necessário, também, redefinir os objetivos e desenvolver uma maior diversificação dos programas terapêuticos, a fim de aumentar a atração da demanda.

2.4.2. Encaminhamento Atual do PSA (Programa de Abuso de Substâncias) da WHO sobre Avaliação dos Tratamentos e Formação dos Profissionais de Saúde

2.4.2.1. Avaliação da Efetividade do Tratamento para Transtornos Relacionados a Substâncias

O Programa de Abuso de Substâncias (PSA), da Divisão de Saúde Mental e Prevenção de Abuso de Substâncias (MSA) da Organização Mundial de Saúde WHO (1995), realizou o encontro de um grupo consultivo em Toronto, Canadá. Neste encontro, discutiu-se um projeto global de avaliação da efetividade dos tratamentos para problemas causados pelo uso de substâncias psicoativas. Os estudiosos analisaram como uma evolução específica deveria considerar os detalhes de vários tipos de avaliação inclusos: avaliação de tributação; necessidade de avaliação; processo de avaliação; custo da estrutura; satisfação do cliente; resultados e avaliação econômica. O grupo firmou um projeto de três anos, que objetiva desenvolver, testar e difundir diretrizes internacionais sobre implementação e avaliação específica de tratamentos. O grupo consultivo também apresentou várias recomendações para melhorar as bases e a padronização de avaliação de tratamentos.

2.4.2.1.1. Resumo das Propostas e objetivos do Grupo Consultivo

- Discutir a viabilidade de um projeto global sobre eficácia de tratamentos.

- Discutir modalidades e programas específicos de avaliação e efetividade de tratamentos para alcoolismo/tabagismo, e problemas com drogas lícitas e ilícitas.

- Discutir a mensuração de resultados para avaliação de tratamento e métodos para avaliação de efetividade.

- Discutir os diferentes métodos de pesquisa dos sistemas de saúde e as técnicas usadas para calcular o custo econômico dos problemas relacionados às drogas e ao álcool.

- Discutir o método de análise custo-benefício do tratamento e a métodologia específica de avaliação de um projeto.

- Acertar uma estratégia e uma metodologia para a análise de custo e eficiência de tratamentos e de pesquisa pelo sistema de saúde.

O grupo consultivo estabeleceu, para um prazo de três anos, um pojeto de desenvolvimento, de testes, e difusão de diretrizes internacionais sobre como conduzir a avaliação de tratamentos.

"O tratamento refere-se ao conjunto de atividades específicas, dirigidas a quem tem problemas com álcool e drogas e deseja melhorar seu nível de saúde e qualidade de vida. Saúde, conforme definição da WHO, não é apenas ausência de enfermidade, mas um estado de completo bem estar físico, mental e social". O termo tratamento deveria ser empregado para definir o processo que começa quando o usuário de substância psicoativa entra em contato com o serviço de saúde e continua, através de uma sucessão sistemática de intervenções específicas, até atingir o mais alto nível de saúde e o bem estar é, então, obtido.

2.4.2.1.2. Avaliação de Resultados

As pesquisas sobre avaliação de resultados de tratamentos têm duas finalidades: mensurar as mudanças associadas com os tratamentos e inferir a causalidade.

O delineamento mais amplamente utilizado é o ensaio clínico controlado de modo aleatório. Os pacientes são distribuídos aleatoriamente entre duas ou mais modalidades de opção, tais como internação para desintoxicação *versus* desintoxicação ambulatorial; farmacoterapia ou psicoterapia. Estes procedimentos são os mais adequados para se inferir causas e avaliar mudanças atribuídas à intervenção e não a fatores externos.

Outro modelo de delineamento, o quasi-experimental, é consistente na avaliação de fatores causais quando os pacientes não são designados aleatoriamente para as modalidades de tratamento. A dificuldade está em diferenciar a efetividade do tratamento se não forem feitas análises estatísticas da caracterização das diferenças grupais, bem como da gravidade e motivação para o tratamento, através de procedimentos de pré- tratamento e ajustes estatísticos adequados. Uma outra linha de estudos analisa a evolução do progresso dos pacientes através do fator tempo, o que não permite avaliar a efetividade, uma vez que as ligações entre resultados, antes e depois do tratamento, podem ser atribuídas a fatores alheios à especificidade do tratamento ministrado e não à efetividade do mesmo.

2.4.3. Mudanças na Formação Profissional

O documento, WHO/PSA/16 (1996b) aborda a formação dos profissionais de saúde na área de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

Mudanças têm sido discutidas por especialistas e autoridades no assunto, há quase dez anos, com o patrocínio da WHO, da Organização Mundial de Psiquiatria (WPA) e de outras organizações internacionais. O citado relatório objetiva compilar as principais discussões e recomendações feitas desde 1989 e relacionar as iniciativas desenvolvidas por universidades de vários países.

"Pretende-se, com a abordagem atual do Programa de Abuso de Substâncias (PSA), alcançar mudanças na formação e treinamento para o atendimento a transtornos relacionados ao uso de substâncias, a fim de ajudar a aumentar a demanda por serviços e profissionais treinados; estimular transformações do sistema de saúde, a fim de melhorar os cuidados oferecidos aos pacientes que apresentam tais problemas".

A formação e o treinamento necessitam ir além do tradicional *curriculum* sobre farmacologia e toxicologia, precisam fornecer conhecimentos específicos e habilidades para avaliar, tratar, cuidar e reabilitar pacientes que relatam problemas com uso de substâncias, iniciando pela atenção primária de saúde. A WHO estimula o uso deste documento como base para a discussão e para a proposição e implementação de iniciativas que possam melhorar a capacitação de profissionais que lidam com problemas provocados pelo uso de substâncias psicoativas no individuo,na familia e na comunidade.

2.4.4. Síntese da Revisão da literatura.

Podemos verificar que, na década atual, os documentos supracitados da WHO (1996) refletem a preocupação das autoridades na área de Saúde com a necessidade de serem avaliados os tratamentos de usuários de drogas, bem como a formação dos profissionais que atuam na assistência a dependentes e na prevenção a este complexo fenômeno.

Na base de dados MEDLINE (literatura internacional produzida pela National Library of Medicine), que reúne referências bibliográficas e resumos de mais de 3.700 revistas biomédicas publicadas nos Estados Unidos e em 70 outros países, temos um expressivo volume de produção nas últimas décadas. Encontramos, sobre abuso de substâncias, os seguintes números de registros até 12/09/98:

período	registros
1 998	1081
1997-1993	8061
1992-1988	8542
1987-1980	8537
1979-1966	12263

Do total supracitado, o número de estudos sobre centros de tratamento de abuso de substâncias é:

período	registros
1998	92
1997-1993	595
1992-1988	295

A base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde), que compreende a literatura publicada na região de sua abrangência a partir de 1982, contém artigos de cerca de 670 revistas das mais conceituadas da área de saúde. Encontramos o seguinte levantamento até 12/09/98:

Total de registros encontrados sobre abuso de substâncias 1206.

Total de artigos encontrados sobre centros de tratamento 30.

Além da evidente desproporção quantitativa que se verifica nas duas bases de dados, podemos identificar algumas tendências distintivas entre as publicações destas bases:

- A clareza e o rigor científico das publicações da MEDLINE. Tomamos como exemplo a citação: "o tratamento para cocaína ainda está num estágio exploratório, muitos tratamentos para dependentes de cocaína estão sendo tentados e é importante aprender as lições preliminares" (KLEINANN *et al.*, 1992).

- O predomínio, na LILACS de publicações descritivas de experiências, com ênfase no discurso teórico, opiniões clínicas ou aspectos genéricos sobre uso de drogas. As avaliações, quando explicitadas, revelam dominante preferência das qualitativas em relação as quantitativas. Assim, por exemplo, "não nos interessa a quantificação fria, nem nos interessa o desconhecimento da nossa realidade" (CETAD, 1989).

- A recente inserção (última década) de temas, como prevenção de recaídas como objeto de estudo científico, definição criteriosa da intervenção terapêutica e avaliação da efetividade desta, bem como a incipiente adoção de técnicas de entrevista motivacional, nas publicações da LILACS. Sendo que, este assunto é exaustivamente abordado, nas últimas décadas, na produção da MEDLINE.

No Brasil, destaca-se a produção científica dos pesquisadores do CEBRID, do Departamento de Psicobiologia da Universidade Federal de São Paulo.

Como conclusão, desta revisão da literatura, podemos propor que a perspectiva dos estudos atuais é de especificar e caracterizar os padrões de uso das substâncias psicoativas; diagnosticar se há outros transtornos associados ou anteriores ao consumo; investigar a psicopatologia familiar e detalhar os procedimentos terapêuticos. Abandonam-se, gradualmente, as 'definições' imprecisas da dependência e do tratamento como doença para situá-los no contexto sociocultural, sem negligenciar os aspectos médicos e psicológicos do fenômeno.

Em relação aos mais recentes aspectos conceituais teóricos, metodológicos e técnicos, podemos relacionar:

- redução dos danos e riscos;

- controle de recaídas;

- atrair o usuário de drogas para procurar tratamento;

- avaliação de efetividade;

- maior ênfase na interação entre programa terapêutico e variáveis do cliente;

- importância dos estudos longitudinais;

- estudos específicos em relação às drogas de abuso.

- não limitar os estudos em populações específicas (clínicas, estudantes e meninos em situação de rua).

Quanto às citações mais relevantes da presente revisão bibliográfica, reiteramos que:

- A maioria dos estudantes pesquisados nas dez capitais brasileiras nunca entraram em contato com drogas psicotrópicas (exceto tabaco e álcool) (GALDURÓZ *et al.*, 1997a)

- Os dependentes e seus familiares mostram aumento de transtornos mentais, tais como depressão, alcoolismo e personalidade anti-social. Estudos tem mostrado uma unanimidade quanto à fatores de riscos nessas famílias. No aspecto da organização familiar, nenhuma estrutura específica foi identificada. "Forte associação foi encontrada entre psicopatologia dos filhos depressão das mães e alcoolismo dos pais" (LUTHAR *et al.*, 1993).

- Há fortes indicações de que o tratamento do dependente propicia alívio para a família e uma oportunidade para esta começar a se aproximar do funcionamento normal (GIBSON *et al.*, 1992).

- O uso de drogas ilícitas resiste às intervenções psicológicas, mesmo mantendo-se a abstinência de maneira artificial através de internação, as recaídas parecem inevitáveis. O fato a ser destacado é o decréscimo no uso de drogas, observado nas pesquisas de acompanhamento por períodos de seis meses a quatro anos após o programa de tratamento (AZRIN *et al.*,1996).

- Há alguns estudos que mostram poucas evidências de mudanças, mas há também outros mostrando claramente a viabilidade de mudanças para muitos adictos. "Talvez os maus resultados de tratamentos passam ser, nada mais, do que o resultado de maus tratamentos" (STRANG, 1992).

- "(...) em termos de resultados a curto prazo, existe uma confluência de pesquisas sugerindo que uma abordagem de tratamento que considere o comportamento como o principal problema tem certa sustentação" (EDWARDS, 1997).

- No que concerne às discussões sobre avaliação dos resultados das abordagens psicodinâmicas e das comportamentais, pensamos que, talvez, as primeiras, por serem de longa duração, podem possibilitar uma observação mais acurada e prolongada das flutuações dos resultados. Sugerimos que tais oscilações devem ser ser objeto de estudos que avaliem a influência e a interação das variáveis do programa terapêutico com eventos de vida posteriores ao tratamento. Sem deixar de tratar do 'problema imediato', que pode estar representado pelo comportamento de procura e consumo de drogas, não podemos nos deixar cegar, negando as dimensões psicodinâmicas subjacentes. Este parece ser um dos grandes desafios a ser superado pelos profissionais que tratam dependentes de drogas. "No pior dos casos, uma combinação irrefletida (de abordagens) talvez não passe de uma fusão de erros" (EDWARDS, 1997).

Finalizando, ressaltamos uma questão central na nossa discussão: há concordância entre os pesquisadores de que as qualidades do terapeuta podem ser mais importantes do que o modelo de tratamento.

3. METODOLOGIA

Empregamos como fontes do levantamento bibliográfico, que compõe os capítulos iniciais do presente estudo, principalmente as bases de dados: MEDLINE (literatura internacional produzida pela National Library of Medicine), LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID). Com freqüência optamos por apresentar detalhadamente estudos da literatura científica atual, os quais foram considerados padrões para o aspecto discutido. Assim, podemos embasar a análise e a discussão do conteúdo das entrevistas dos profissionais pesquisados. Recorremos a esta alternativa por não dispormos de estudos sobre profissionais de saúde que tratam dependentes de drogas. Destacamos, outrossim, documentos da WHO (1996) que refletem a preocupação com a necessidade de avaliarem-se os tratamentos destes dependentes, bem como a formação e o treinamento dos profissionais que atuam na assistência aos usuários e na prevenção ao consumo de drogas.

3.1. A FORMAÇÃO DA AMOSTRA

Os sujeitos da pesquisa são profissionais da área de Saúde Mental que atendem usuários de drogas. A amostra foi composta por profissionais das cidades de Taubaté e São José dos Campos, localizadas no Vale do Paraíba, Estado de São Paulo.

Os entrevistados foram selecionados a partir de um conjunto de critérios que exigiam como condição mínima para inclusão na pesquisa que o profissional tivesse alguma experiência no atendimento a consumidores de drogas. A maioria dos entrevistados são considerados, pelos colegas e (ou) chefes (no serviço público), os profissionais com melhor formação ou com mais disponibilidade para tratarem de transtornos relacionados a substâncias.

Optamos pela inclusão, na amostra estudada, de profissionais das cidades de Taubaté e São José dos Campos, por serem, estas as maiores e mais populosas cidades do Vale do Paraíba. Ambas possuem universidades que formam profissionais nas carreiras pesquisadas: a UNITAU (Universidade de Taubaté) tem cursos de graduação em Medicina, Enfermagem, Serviço Social e Psicologia e a UNIVAP (Universidade do Vale do Paraíba)

possui graduação em Serviço Social. Outros aspectos considerados foram o da facilidade geográfica de acesso aos profissionais, bem como o da tendência dos estudos em Saúde Mental definirem amostras de população regionalizadas.

Embora a presente tese tenha como eixo organizador o estudo de alguns aspectos ligados à formação e à experiência do profissional que atende dependentes de drogas, não podemos deixar de destacar a importância do contexto institucional em que as intervenções são efetuadas.

Os serviços de Saúde Pública de Taubaté não são municipalizados: a Unidade Integrada de Saúde (UIST) Estadual de Taubaté atende pacientes com transtornos mentais em regime ambulatorial; o Departamento de Saúde Municipal atende as urgências no Pronto-Socorro Municipal ou no Hospital-Escola; situações de internação são encaminhadas para o Hospital Américo Bairral, da cidade de Itapira, Estado de São Paulo (situado há cerca de 250 Km de Taubaté); a Casa de Custódia de Taubaté recebe doentes mentais que apresentam histórico criminal.

Selecionamos para a amostra dois profissionais da UIST e um da Casa de Custódia que atendem dependentes de drogas. Todos eles, uma clínica geral e psicodramatista, um psicoterapeuta e um psiquiatra clínico, também exercem atividade em consultórios particulares.

Em São José dos Campos o atendimento à saúde é municipalizado. O atendimento ambulatorial em Saúde Mental está organizado em quatro UAISMS (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental), localizadas nas regiões centro, leste, sul e norte. A cidade possui uma Unidade de Pronto-Atendimento (UPA), na qual os pacientes podem ser internados quando houver expectativa de remissão do episódio agudo em até 72 horas e um Hospital Dia, que funciona no mesmo local da UPA. Casos de internação em que a expectativa de remissão do quadro é superior a 72 horas são encaminhados para os hospitais psiquiátricos Chuí e Francisca Júlia, localizados no Município.

O Plano Municipal de Saúde Mental de São José dos Campos (1994), elaborado pelo Comitê Intersetorial e Comissão de Saúde Mental (intersecretarias), contou com a participação das Secretarias de Saúde, Educação e Desenvolvimento Social.

No final de 1996, procuramos, para realizar entrevista, um dos membros responsáveis pela elaboração e uma das coordenadoras de implantação do Plano de Saúde Mental de São José dos Campos. Recebemos informações e documentos que o setor intersecretarias produziu, desde o plano em si, até os relatórios estatísticos de casos atendidos. A coordenadora também aceitou ser entrevistada, demonstrando interesse em participar como sujeito da presente pesquisa. Ao final da entrevista, depois de historiar os serviços do Município que atendem usuários de drogas, forneceu-nos os endereços das unidades de atendimento, indicando os profissionais que tratam de dependentes de drogas. Estas indicações foram o ponto inicial da constituição da amostra, as posteriores ocorreram nas conversas informais com os gerentes de Unidades de Saúde Mental e com os profissionais entrevistados. Selecionamos, além daqueles profissionais citados por quase todos os colegas, um psiquiatra, um psicólogo, um assistente social e um terapeuta ocupacional, que atendem pacientes nas alas de dependência química dos dois hospitais psiquiátricos da cidade. Finalmente, incluímos na amostra pesquisada um profissional de São José dos Campos e outro de Taubaté, que, atualmente, atendem exclusivamente em consultórios particulares particular. Assim, chegamos à amostra de 22 sujeitos, constituída por:

- 6 médicos

- 4 enfermeiros

- 2 terapeutas ocupacionais

- 4 assistentes sociais

- 6 psicólogos

Todos os profissionais convidados aceitaram participar do nosso estudo.No entanto, um deles aceitou mas não pode comparecer a nenhum dos três horários previamente combinados. Dos entrevistados, um estava trabalhando exclusivamente na organização do serviço de assistência; três, na organização das unidades e na assistência aos dependentes de drogas; os demais atuavam exclusivamente no atendimento.

3.2. INSTRUMENTO E PROCEDIMENTO

Na presente pesquisa, utilizamos a entrevista como meio de coleta de dados. Para a obtenção de material clínico, a entrevista psicológica é um dos instrumentos de investigação mais freqüentemente empregados pelas diversas abordagens em Saúde Mental.

BERGERET (1983) afirma que, no contexto da entrevista, o sujeito entrevistado não se limita a um papel passivo, como num interrogatório ou num exame técnico, os quais enfatizam a neutralidade. Ao contrário, coloca-se, desde o início, como objeto ativo, organizador de um modo próprio de comunicação com o entrevistador. O fato deste último interferir com a sua presença, postura, atitudes e comportamentos, isentos ou não, faz dele um participante do diálogo e, portanto, ele é fator de interação objetivo e subjetivo no campo de observação. Sendo assim, não podemos desconsiderar a condição do entrevistador como parte indissociável das observações dos dados e dos seus diversos níveis de interpretação e elaboração dos mesmos.

Em relação à clássica dicotomia objetividade-subjetividade, pensamos que se trata de uma abordagem simplista dos fenômenos que se expressam na intersubjetividade do campo das relações. Deste modo, consideramos que a objetividade, representada por símbolos, contém a subjetividade e esta, a objetividade, enquanto aspectos próprios da formação e desenvolvimento da cultura humana.

BERGERET (1983) propõe que "a entrevista não é um interrogatório, mas uma escuta. O indivíduo deve ser colocado, o mais possível, à vontade. As condições materiais (tempo, lugar) e as afetivas (disponibilidade, autenticidade, empatia) revestem-se de importância extrema" Sem perder de vista uma outra proposição deste mesmo autor, que "a

caça de informações é um estilo a reprovar", a segunda parte da entrevista visou a obtenção de informações sobre pontos que não foram abordados durante a comunicação espontânea na primeira parte. Pretendemos, assim, obter um conjunto de informações que satisfizessem um roteiro padronizado para os entrevistados.

3.2.1. Procedimento

Durante a realização do projeto-piloto de pesquisa, efetuamos algumas entrevistas a fim de testarmos a adequação do instrumento aos propósitos do estudo de caráter exploratório. Como o procedimento e o roteiro de entrevista revelaram-se adequados para os nossos objetivos, não foram alterados para as demais entrevistas. Estas foram divididas em duas partes: a primeira constou de um relato livre, no qual o sujeito descrevia sua experiência no atendimento a usuários de drogas. A segunda parte foi composta por um roteiro de perguntas, formuladas apenas para as questões às quais o entrevistado não forneceu informações durante a fala livre.

As entrevistas foram realizadas no período de 1996 a 1997 no local de trabalho dos profissionais (antes, durante ou após o término do expediente). Todas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. O emprego do gravador foi aceito por todos os entrevistados. Observamos que apenas um dos sujeitos sentiu-se inibido, no início do diálogo, os demais não demonstraram embaraços quanto à gravação.

Após a entrevista, aplicamos um questionário visando identificar a formação do profissional e sua atividade no atendimento a usuários de drogas.

3.2.2. Apresentação para o Entrevistado

Apresentamo-nos para o entrevistado através de contato telefônico, nos seguintes termos: "Gostaríamos de entrevistá-lo para conversarmos a respeito de sua experiência no atendimento a usuários de drogas. Se aceitar participar da pesquisa, combinaremos um horário para a realização da entrevista, com duração estimada de uma hora".

3.2.3. Roteiro Orientador da Entrevista

Inicialmente foi solicitado que o profissional relatasse a experiência dele no atendimento a usuários de drogas. O entrevistado foi estimulado a falar de modo livre, sem ser interrompido pelo entrevistador.

Se no relato não constassem as informações ou se estas não estivessem claras para o entrevistador, o relato livre poderia ser acrescido com as respostas às seguintes questões:

- O que você pensa do usuário de drogas?
- Quem é o seu paciente usuário de drogas? Poderia caracterizá-lo?
- O que você pensa da família do consumidor de drogas?
- Como é a família dos seus pacientes usuários de drogas?
- O que pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores de drogas?
- Quais são as suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?
- Quais são os seus objetivos ao atender usuários de drogas?
- Quais são os métodos e (ou) técnicas empregados no seu trabalho?
- Quais são os resultados obtidos em seu trabalho?
- Qual é a gratificação profissional e pessoal resultante do trabalho com usuários de drogas?
- Quais são as principais dificuldades encontradas no atendimento a usuários de drogas?
- Quais são as fontes de informação sobre drogadependência que utiliza?
- Emprega alguma forma de registro da experiência?
- Realiza levantamento e organização de dados (estatística)?
- No decorrer de sua experiência, houve mudanças na sua compreensão do fenômeno da drogadependência? Quais?
- Publicou trabalhos nessa área?
- Participou de congressos, simpósios ou palestras sobre dependência de drogas?

3.2.4. Identificação do Entrevistado

Data -

Nome -

Nasc. __/__/__ Sexo___ Cor_____ Est. Civil_____

Graduação_____ Ano de Conclusão _____Escola____

Especialização ( ) Sim ( ) Não Qual_____

Ano de conclusão_____

Mestrado ( ) Sim ( ) Não Qual_____

Em Andamento ( ) Ano de conclusão_____

Doutorado ( ) Sim ( )Não Qual_____

Em Andamento ( ) Ano de conclusão_____

Pós-Doutorado ( ) Sim ( ) Não

Em Andamento ( ) Ano de conclusão_____

Outros .

Tempo de trabalho com transtornos relacionados a substâncias:

Início_____ Local_____

Função_____

Outros Locais_____

_____

Trabalho atual com usuários de drogas:

_____

_____

_____

_____

_____

Nº de Pacientes atendidos_____ Nº de Famílias _____

Trabalhos Publicados:

Participação em simpósios, palestras, congressos, etc.:

3.3. PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DO CONTEÚDO DA ENTREVISTAS

No capítulo quatro, do presente estudo, apresentamos o conteúdo das entrevistas. Seguimos as seguintes etapas:

- informações gerais sobre o profissional;

- relato livre sobre a experiência na área de farmacodependência;

- transcrição das respostas do roteiro da segunda parte da entrevista, na qual, inserimos algumas considerações com objetivo de assinalar ou destacar aspectos da fala do entrevistado.

- breves apreciações relativas às comunicações.

Na primeira etapa, descrevemos as informações sobre a formação: graduação; especialização; tempo de experiência na área de farmacodependência; locais de trabalho; estimativa da média de atendimentos semanais de usuários de drogas e de famílias.

Na segunda, transcrevemos o relato geral da experiência do sujeito. A transcrição, embora fundamentalmente literal, foi alterada em certos detalhes, como substituição de palavras por sinônimos (sem prejuízo do entendimento), concordância e citação de informações que pudessem identificar ou expor os entrevistados, bem como as pessoas por eles mencionadas. Além das questões éticas, consideramos a necessidade de fazer estas adaptações devido à passagem da linguagem verbal, por vezes, coloquial, espontânea, informal, para a escrita. Uma parte dos casos clínicos citados, experiências pessoais, colocações repetidas (análise tranversal) foi suprimida. Os relatos ficaram limitados aos aspectos essenciais, aproximadamente uma terça parte de cada um deles foi preservada. Tivemos, porém, o cuidado de não modificar a essência do discurso do profissional.

Na terceira etapa, descrevemos as respostas dadas às perguntas do roteiro. Optamos, na maioria das vezes, pela transcrição literal e completa da resposta do sujeito. Finalmente, apresentamos sucintos comentários relativos às comunicações que consideramos mais características da experiência do profissional da pauta.

Adotamos o procedimento de 'leituras flutuantes' (BARDIN, 1977) para estabelecer os cortes e apreciações do conteúdo das entrevistas. Evitamos julgamentos de valores, tentando, também, preservar uma atitude de consideração positiva e empática durante a apresentação e comentário dos casos. Nesta análise, o material obtido é considerado como 'um processo interativo' (entrevistador- entrevistado).

> "A análise da enunciação considera que na altura da produção da palavra, é feito um trabalho, é elaborado um sentido e são operadas transformações (...) O discurso não é produto acabado mas um momemto num processo de elaboração, com tudo o que isto comporta de contradições, de incoerências, de imperfeições. Isto é particularmente evidente nas entrevistas em que a produção é ao mesmo tempo espontânea e constrangida pela situação" (BARDIN, 1977).

Na discussão dos resultados (capítulo 5), elaboramos uma análise transversal dos sujeitos estudados. As respostas dos entrevistados foram agrupadas segundo categorias comuns, através de tabelas que apresentam as freqüências e as porcentagens destas. Procuramos preservar a linguagem dos profissionais para a redação das categorias estabelecidas. O material das entrevistas é tratado como um "conjunto de dados' como na análise de conteúdo clássica (BARDIN, 1977).

As informações da literatura são utilizadas para a discussão dos resultados que foram sistematizados nas categorias apresentadas na forma de tabelas.

3.4. A INFLUÊNCIA DO PESQUISADOR NA ELABORAÇÃO DO ESTUDO

Consideramos que o pesquisador interage com os sujeitos, possivelmente influenciando-os e sendo influenciado por estes. Assim sendo, decidimos apresentar concisas informações sobre o autor da presente tese de Doutorado. Pretendemos, deste modo, contribuir para o entendimento da nossa escolha do tema, método, apresentação dos resultados e análise dos mesmos. Ou seja, como a neutralidade do investigador talvez não seja possível (embora a isenção sempre seja desejável), vamos apresentar de maneira sucinta nossas influências.

Trabalhamos, desde 1979, com usuários de drogas e álcool (internados em uma comunidade terapêutica) e familiares destes. No início de nossa atividade profissional, não tínhamos formação prévia para tratar desta população nem em psicoterapia de grupo. Fomos construindo a experiência na prática, através da interlocução com vários profissionais: médicos; enfermeiros; psicólogos; ex-dependentes e pacientes. Nossa formação clínica (na graduação), mais consistente, foi em teoria e técnica de psicoterapia familiar. Nossa atenção, no início da atividade, estava centralizada no efeito da droga na vida do usuário, em seguida, passamos a focalizar a personalidade destes e os conflitos familiares. Os resultados, em termos de abstinência, sempre nos deixaram perplexos, motivados para discutirmos e buscarmos melhores formas de intervenção. Em 1990, encerramos nossa atividade profissional com pacientes toxicodependentes internados, atendendo-os, a partir de então, apenas em consultório particular. Em 1991, iniciamos o curso de mestrado em Psicologia Clínica (PUCCAMP) e a docência acadêmica na disciplina de Psicopatologia Geral, na Universidade de Taubaté (UNITAU). Nossa mobilização para realizar a Dissertação de Mestrado e a presente tese de Doutorado deve-se ao interesse por sistematizarmos algumas observações, inquietações e tormentos vividos na Clínica da Toxicomania e da Drogadependência (dependência sem conduta maníaca). Atualmente atuamos, também, em programas educativos, integrando pesquisa e intervenção no Colégio da UNITAU.

A nossa formação teórica-técnica mais recente, concluída em 1996, foi em Psicoterapia Analítica de Grupo, pelo Instituto Paulista de Psicoterapia de Grupo. Nosso interesse teórico e técnico encontra-se na psicanálise. Bion é o autor que mais temos estudado nos últimos anos.

4. APRESENTAÇÃO E COMENTÁRIOS DAS ENTREVISTAS

4.1. Médicos

S1 Médico psiquiatra

S1 é médico psiquiatra, graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP, Estado de São Paulo). S1 tem acompanhado a evolução do fenômeno da farmacodependência e do alcoolismo no Vale do Paraíba (Estado de São Paulo), onde atua desde 1968 em consultório privado e em Hospital Psiquiátrico. O entrevistado mostrou-se perplexo diante dos atuais rumos relativos à difusão do uso, abuso e dependência de drogas em sua região.

S1 recebeu-me para a entrevista em seu consultório, em julho de 1996. Durante o desenrolar a conversa, mostrou interesse e disposição para falar de sua experiência com pacientes dependentes de drogas. O entrevistado tem trinta e dois anos de atividade profissional, iniciada num hospital psiquiátrico da cidade de São Paulo, quando ainda cursava os últimos anos do curso de Medicina. Desde então, interessou-se pelo atendimento de pacientes com transtornos relacionados a substâncias. Atualmente, trata uma média de seis pacientes dependentes de drogas, por semana; as famílias são excepcionalmente atendidas para orientação.

Destaca que, na década de 60, o número de casos de internação por uso de maconha, cocaína ou morfina era reduzido: um ou dois pacientes e, em seguida, um mês, dois meses ou seis meses sem receber nenhum. Não se conhecia ocorrências por LSD ou "crack". A população de alcoolistas era alta, como hoje ainda o é.

Solicitei a S1 um relato, o mais amplo possível, de sua experiência profissional com pacientes usuários de drogas. (a transcrição, embora literal, apresenta cortes)

> Comecei a lidar com dependentes químicos, ainda como estudante; por volta do ano de 1965, 1966, estava no quinto ou sexto ano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e já me interessava pelo assunto. (...) Depois, quando eu vim para São José dos Campos, nós tratávamos os dependentes químicos, os alcoólatras; a gente percebia que o tratamento ambulatorial dava pouco resultado. Era uma época na qual colocava-se o paciente com melhor poder aquisitivo em Psicanálise; quatro, cinco sessões por semana e observava-se que os resultados, também, não eram nada satisfatórios. O que dava melhores resultados era recolher, desintoxicar o paciente, e naquela época, depois que o paciente estava desintoxicado, tentava-se fazer um condicionamento com Antabuse. Dava-se em doses pequenas para o indivíduo e, depois, oferecia-se o álcool e, ele tinha uma reação bastante intensa. Ocorria uma dilatação periférica, alteração de pulso, tinha alteração de P.A (pressão arterial), principalmente ele sentia-se tremendamente mal com tudo isso. E, nessa época, também muitas famílias costumavam dar o Antabuse para o dependente, sem que ele soubesse, e ele muitas vezes tinha reações adversas e chegavam num pronto-socorro e ninguém sabia o que estava acontecendo. (...) Dentro da linha pavloviana de condicionamento, admitia-se que o paciente associaria tomar o álcool e passar muito mal, muito mal mesmo, e que isso ajudaria. Como tantos outros tratamentos para dependentes químicos, hoje eu não acredito que isso dê um resultado satisfatório. Há muitos anos eu não faço mais isso, não vejo nenhuma diferença no percentual.
>
> Quando vim para São José dos Campos, no Instituto de Psiquiatria, continuei atendendo dependentes químicos, *o primeiro caso de cocaína que ficou internado aqui, veio de fora, e a gente dizia, nossa! Como vamos tratar?* Era uma situação, assim, não se tinha quase experiência, mesmo em São Paulo. Aqui a população era ínfima. Aí, depois, cresceu de maneira assustadora. De tal maneira que, hoje, eu tenho uma ala, no hospital, só para atender os dependentes.

A amostra que me chega em mãos, normalmente, há necessidade de uma internação. Toda a vez que a gente começa o tratamento de ambulatório, *o indivíduo promete que vai deixar de tomar*, vai isso, vai aquilo, a gente faz uma avaliação patológica, exclui um quadro psicótico, percebe que existem alguns conflitos, ansiedades, problemas familiares, mas nada que venha justificar a situação da droga. São problemas que as pessoas normalmente têm e que aquele indivíduo especificamente não está sabendo lidar e ele cai para o lado da droga.

(...) Existem muitos dependentes químicos que são psicóticos, principalmente com PMD (Psicose Maníaco-Depressiva) e Esquizofrenia, então é preciso entrar com uma medicação específica. Eu não sei te dizer, na nossa população, qual é a incidência da PMD, principalmente a circular. (...) Mas , a situação é tão grave que leigos já chegaram a suspender a medicação que eu tinha prescrito, dizendo que dependente químico não pode porque tem facilidade muito grande de ficar dependente. Mas claro! Se ele tomar lítio, vai tomar a vida inteira. Se ele é um esquizofrênico, precisa de Haldol. Qual é o problema dele ficar dependente de Haldol? São os recursos que nós, médicos, temos. Se precisar dar o Haldol a vida inteira, nós vamos dar.

Agora, quando você faz um estudo mais aprofundado da personalidade pré-mórbida do indivíduo é comum a gente encontrar, aqui, que ele está com 28 anos, há 10 anos atrás sofreu uma queda de moto, ele bateu a cabeça, ficou desacordado, ficou em coma durante 1, 2 dias, e que houve uma ligeira alteração na personalidade, ele tornou-se mais agressivo.

A minha função como médico é tirar a dor, ou tirar a ansiedade, tornar o indivíduo mais tranqüilo, e melhorar a qualidade de vida dele. Se para isso ele tem que usar uma droga, que é um medicamento, embora uma droga, eu vou monitorar essa situação, e acho totalmente válido.

S1 adota o modelo biológico para definir as intervenções terapêuticas, considera que há necessidade da internação para quebrar o ciclo da dependência química. Acredita que isolar o paciente de seu meio é uma oportunidade para persuadi-lo dos prejuízos acarretados pelas drogas. Embora reconheça que poucos pacientes conseguem ter êxito com o tratamento, dentro do modelo psiquiátrico tradicional.

> (...) o que tem assustado tremendamente a gente, é a idade do indivíduo usuário de droga. Quando eu comecei, mas nem sonhava com os meninos de 12,13, 15 anos, usando droga, mesmo usando álcool. Eram todos barbados, mesmo! 25, 30, 35, anos. Hoje, não. Entre os 15 e 18 anos há uma população imensa.

A que se deve isso, na sua opinião?

> Até 1950, 1960, a nossa sociedade era uma sociedade muito mais organizada no sentido assim de família, os pais tinham condições de dar uma assistência muito grande aos filhos, a família não era pai, mãe e filho. A família contava com avô, avó, os vizinhos funcionavam muito. Com a industrialização, a partir de 1950, os grandes centros, São José dos Campos, São Paulo, quebraram, estilhaçaram. O jovem, muito cedo, com 8, 10 anos, nem jovem ainda, uma criança, ela se sente totalmente perdida, ela é influenciada pelo primeiro que aparece, o garotinho do vizinho, com dois anos na frente, tem a mesma situação social, é alguém com 12, 13 anos que vai ensinar a fumar maconha, a cheirar cocaína, e aquilo vai, o campo está aberto.
>
> (...) E como a droga tem seu aspecto agradável, gostoso, quer dizer, tomar um bom vinho, tomar uma cerveja, tomar um chopinho, tudo isso é muito agradável e aceito socialmente, faz parte da nossa cultura. Mas se o indivíduo não tem boa formação, ele vai se deixando, vai se deixando, e são substâncias psicoativas, não demora muito ele perde o controle, se desinteressa pelo trabalho, não dorme bem, e daí entra como usuário e daí para a frente a coisa costuma se encaminhar muito mal.

(...) hoje, cada vez mais cedo, se joga responsabilidade em cima do jovem, da criança; eles têm agenda totalmente ocupada, mesmo quando fazem esportes, não fazem assim, sem compromisso, na rua, tudo. Ele vai com hora marcada ... possivelmente seja alguma das situações que aumentam a tensão dentro do indivíduo.

A droga traz alento durante algumas horas e a pessoa desorientada vai procurar novamente "esse bem estar, e aí está formado o vínculo da dependência."

(...) a gente sabe que a curiosidade é alguma coisa que interfere muito.

(...) Essa curiosidade, que é própria do jovem, é própria do ser humano, nós sabemos que é uma das grandes causas da dependência química.

Podemos notar que as afirmações de S1 estão ancoradas no conceito da importância do jovem envolver-se com atividades geradoras de bem-estar físico e mental. E, por último, S1 considera a curiosidade como fator etiológico da dependência, além de aspectos de ordem psicológica, tais como, altos níveis de ansiedade. A queda da qualidade de vida, nas últimas décadas, é um dos fatores destacados por S1 para explicar a propalada expansão e disseminação de substâncias psicoativas na atualidade.

O que o senhor pensa da família do usuário de drogas?

As famílias dos dependentes apresentam comprometimento psicológico pouco superior à média ou o pai tem sucesso mas não se desenvolveu - tanto o pai quanto a mãe - a personalidade de uma maneira global. E hoje, talvez, um dos principais problemas que a gente tem na saúde mental, é criar a consciência de que o indivíduo tem que se desenvolver harmoniosamente.

Eu acho que teríamos que fazer uma cruzada nesse sentido. Acabar com isso, desses pais que querem que o aluno seja o melhor em tudo, não pode, não há tempo para esse tipo de coisa, ele deveria disciplinar o seguinte: olha, você vai

estudar tanto por semana, tantas horas de idiomas, tantas horas de matemática, tantas horas disso, e você vai ter tantas horas de esportes porque *é obrigado a ter lazer*, tem que ir ao cinema, tem que ir ao cinema! Tem que dançar, tem que dançar! É tão importante eu ir ao cinema, mas nós ainda não temos essa mentalidade.

O entrevistado considera que estamos numa área onde há grande desconhecimento mas que é necessário fazer algo com os dados de que dispomos. Avalia que o desequilíbrio psicológico e o econômico provocam prejuízos ainda não totalmente conhecidos, mas acredita que "talvez no futuro poderemos detectar em determinado gene a causa da farmacodependência e que os outros fatores são secundários". Explica que há pessoas que vivem situações piores que as dos dependentes e, no entanto, não se tornam um deles. Pondera que pode estar lidando adequadamente ou nãocom os recursos e dados já conhecidos sobre os transtornos provocados pelo uso de substâncias, entretanto, não pode esperar a ciência descobrir qual é a causa da toxicomania para atender seus pacientes.

Daqui a 10 ou 20 anos podem achar besteira o que fazemos: nós não conhecíamos adequadamente. É necessário ir para a frente, eu tenho que lidar. O médico deve ser uma pessoa atuante.

E se o paciente ficar dependente de uma droga que ele pegou com o médico? E se ele está conseguindo ter uma vida adequada, eu tirei a sintomatologia, estou dentro dos princípios da mais sadia Medicina atual.

- Dependência do esporte é altamente benéfica, eles devem ser atletas de muito bom nível.

Se um paciente precisar de Haldol a vida inteira, nós vamos dar.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores de drogas?

Hipócrita. Nós somos assim, de um lado, por exemplo, nós aceitamos o uso e o abuso das bebidas alcoólicas, o uso de fumo. É uma desgraça! Maconha é totalmente condenada, o fumo não está, nem o álcool. Acho que teria que ser discutido.

Quais são as suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Eu tenho múltiplas motivações, atuo em várias áreas. Gosto muito de Psiquiatria Clínica, mas diante dos dependentes químicos, às vezes eu digo: não vou mais trabalhar, mas de repente me convidam para fazer uma palestra eu vou, me mandam cliente.

Eu tenho uma abertura muito grande, uma facilidade de me relacionar e pelo tipo de vida que eu levo e pelo entusiasmo que eu tenho pela vida, eu acho que muitos deles se agregam a minha pessoa, a minha maneira de ver o mundo, aos meus valores. Posso trabalhar do ponto de vista psicodinâmico com eles, mostrando o absurdo do mundo em que eles vivem e que existe uma possibilidade deles modificarem os pensamentos, as atitudes, e terem uma vida de qualidade melhor.

Quais são os seus objetivos ao atender dependentes de drogas?

Eu gostaria de dizer, que gostaria muito de tirá-los daquela situação.

Seria abstinência?

Eu acho que a abstinência deve ser para todos. Na minha visão, esse mundo onde o indivíduousa e abusa desses estímulos, faz parte de um mundo quase

patológico. O indivíduo tem que encontrar prazer usando as suasfaculdades mentais, através da memória, trazer tudo o que já aconteceu, através da imaginação projetar na sua cabeça: através da dança, da música, do esporte, da dança, da convivência, da fraternidade. Eu acho que há tanta coisa para se fazer, um jantar, uma festa, uma viagem, enfim, coisas que dão emoção, como Disney World, que produz emoções fortes, acho que o jovem deve ser exposto a emoções fortes, tem que mostrar para ele que esse negócio de drogas é algo ultrapassado, faz mal à saúde (...) o estímulo tem que surgir da atividade, competitividade, aquela situação do homem primitivo contra a fera, ou contra o próprio homem.

Dentro do campo, o jogo é uma luta, tem regras, tem limites, mas é uma luta de vida ou morte, o indivíduo se joga, tudo, não vai à morte porque tem limites, se não chegaria a isso (...) eu acho que é bom, tem que viver uma vida arriscada. Deve-se fazer algum esporte perigoso, alpinismo, asa delta, acho que o jovem pode correr nas pistas de alta velocidade. E se morrer? Tá bom, a vida não é para ser eterna, o indivíduo deve ficar mais solto, mas sou totalmente contrário ao uso de drogas. Deixo bem claro para os pacientes que eles estão num beco sem saída e não é por aí; o mundo tem muitas belezas e muitas coisas muito agradáveis etc. Realmente, eles são muito sensíveis à minha fala, à minha prática e à possibilidade de usarem medicamentos e então diminuir a ansiedade, induzir o sono, tirar a depressão. São os recursos que a gente tem em mãos, a experiência de vida e a experiência psicodinâmica (...) costumam por um tempo, não longo, dar um bom resultado.

Isso é fazer a "cabeça deles"?

Sim. Sim.

Não do jeito que eles fazem?

Isso, sim. Estamos fazendo a sua cabeça, você está de acordo, você quer ir embora? Então chame seu pai, sua mãe, passe na secretaria e você vai embora. Se você quiser ficar aqui, nós vamos induzir vocês, porque nós achamos que este é o melhor caminho (...) praticamente 100% deles admitem que o caminho que a gente está mostrando é superior e aceitam.

Quais são os métodos e técnicas empregados em seu trabalho?

Acho que eu já deixei transparecer (na primeira parte da entrevista S1 faz referências às suas intervenções técnicas que incluem psiquiatria clínica e aconselhamento diretivo de caráter persuasivo). Quando ele está altamente intoxicado, a gente interna, a primeira semana é dedicada à desintoxicação física: nós desintoxicamos com glicose, eu insisto muito que o indivíduo tome bastante água, uma alimentação reforçada, boa e complexo B. Costumo dar Psicosedim injetável, que evita o quadro psicótico delirante, com alucinações). A minha formação, eu tenho uma análise na linha freudiana, uma análise na linha junguiana, uma formação psicodramática e a formação médica psicofarmacológica.

Quais são os resultados obtidos em seu trabalho?

A gente sabe que qualquer que seja a terapia, mais ou menos um terço de êxito você obtem. Nós desconhecemos os aspectos mais profundos desse fenômeno, se alguém conhecesse eu mandaria cem indivíduos e recuperaria noventa. Não conheço ninguém que faça isso no mundo inteiro. O que se faz é um terço e um pouquinho. Até com religião se faz isso, eu sou contra usar religião no tratamento. Mas a religião faz bem ao ser humano. Há muitas pessoas descontroladas que vão lá e encontram o seu caminho

Qual é a gratificação profissional e pessoal resultante do trabalho com droga dependentes?

> É bem frustrante trabalhar com dependente químico, eles têm uma resistência muito grande, logo aviso aos pais que os resultados não são obtidos a curto prazo, são obtidos a médio e longo prazo. Então, ocupa-se um tempo enorme da gente, tanto para o hospital quanto pessoal, com resultados mínimos. Mas eu não me importo com isso, todos os casos que chegam, que eu sinto que estão na minha área, eu atendo. Se eu vou ganhar ou não, não sei. É uma questão que eu vou ver depois. Mas claro, se eu ganhasse de todos os dependentes químicos, eu poderia viver só da dependência química. Mas a dependência química no meu orçamento é pouco significativa. Eu trato de muitos, mas recebo pouco.
>
> Se eu tivesse de escolher uma situação específica de atendimento eu não escolheria ficar com a dependência química, não. Eu preferiria ficar com alguma outra coisa. Eu não ficaria com a Dependência Química. Acho que é bastante frustrante.

S1 afirma que cortou a carreira acadêmica (foi assistente de Farmacologia na Universidade de São Paulo) quando iria ingressar no doutoramento. Optou pela atividade clínica; declara ter grande fascinação pela Medicina e um apego maior pelas cadeiras básicas, se fosse fazer um mestrado ou doutoramento seria em uma delas.

> Eu gosto muito de Psiquiatria mas, para atuar, você não tem muitos dados concretos, mas quando é para estudar eu prefiro me aprofundar em Citologia. Mas é difícil, não dá,pelo menos para mim, não deu para conciliar a vida acadêmica, mestrado, doutoramento e você ter uma vida de muitos pacientes, muito ativa, muito participativa. Mas sempre que há oportunidade procuro freqüentar congressos, converso com pessoas capacitadas ou faço supervisão. Não houve tempo, ou espaço, ou não houve vontade suficiente para a vida acadêmica.

Quais são as suas fontes de informação sobre a farmacodependência?

Eu procuro ler os artigos dos colegas que estão lidando com isso, à medida que a gente pode. Hoje está muito reduzida a possibilidade de entrar em contato com colegas e participar de congressos, deixar suas atividades diárias para participar de cursos, congressos ou simpósios. No início da carreira, era muito ligado no Eduardo Kalina, da Argentina. Ele vinha ao Brasil, fiz muitos cursos com ele. Hoje, é muito difícil poder sair e ficar oito, dez dias fora. Especialmente para uma situação muito específica. Se eu me dedicasse só à dependência química, mas se fosse para escolher, eu não escolheria ficar só com dependência química. *Se fosse eu que tivesse que decidir desse universo todo, eu não ficaria com dependência química. Acho bastante frustrante.*

Realiza levantamento e organização de dados?

Não temos, o serviço é de assistência.

A instituição onde S1 trabalha não efetua levantamento dos dados ou análises estatísticas. As informações colhidas dos pacientes e (ou) dos familiares são registradas nos prontuários. S1 afirmou que gostaria de fazer um seguimento de pelo menos cinco anos, para conhecer os índices de adesão dos pacientes as suas orientações.

No decorrer de suaatividade profissional, houve mudanças na compreensão do fenômeno da toxicomania?

Olha, eu acho que alguma coisa altamente significativa, não. Eu me sinto profundamente ignorante diante do que acontece realmente, do fundo biológico e psicológico. Não acredito em análise quatro vezes por semana, não acredito na psicoterapia (...) quando aceito alguém (para tratamento) logo digo: *eu vou trabalhar com sua parte sadia, você tem muitas coisas, eu posso com as técnicas e o meu conhecimento, nós vamos desenvolver muitas coisas.*

A orientação, por meio de sua visão de mundo, é uma das condutas técnicas de S1, que afirma textualmente: "quem não quiser acatá-la, exclua-se do tratamento". Por outro lado, podemos analisar esta postura de S1 como uma estratégia para comprometer e envolver o paciente com o programa terapêutico do hospital.

S1 acredita que a evolução do consumo social de produtos psicoativos pode se transformar numa armadilha perigosa, com desorganização psicológica e social. Pode-se identificar uma posição fatalista em S1 quanto ao futuro dos usuários de substâncias psicoativas. Há, por parte do entrevistado, uma tendência em generalizar sinais e sintomas encontrados em seus pacientes abusadores de drogas para os usuários que não fazem parte das populações clínicas.

S1relata que sua escolha na Medicina não seria em Psiquiatria e, menos ainda, tratar dependentes de drogas. O seu interesse presente é atuar na organização de eventos esportivos para jovens, com o objetivo de mudar a mentalidade da juventude e promover saúde. S1 não publicou trabalhos científicos nessa área, faz palestras sobre drogas em escolas, empresas e associações comunitárias.

Em relação à caracterização de seus pacientes usuários de drogas, S1 considera como pessoa normal o paciente que não tem nenhuma doença mental, não apresenta psicose, nem epilepsia pós-traumática ou idiopática e o quadro neurótico não é grave.

Em relação ao tratamento dos dependentes de drogas,S1 assinala que emprega métodos e técnicas de farmacoterapia e a psicoterapia, além de sua experiência psicodinâmica e de vida. O entrevistado considera o pós-tratamento, através de um grupo de apoio (Narcóticos anônimos), fundamental para a manutenção da abstinência do paciente, egresso do hospital. Afirma que a maioria dos pacientes volta às antigas amizades e aos demais hábitos, construídos ao longo de vários anos. Avalia que o período de um mês de internação com um ou dois meses de psicoterapia e participação em grupo de N.A (narcóticos anônimos) não são suficientes para quebrar o ciclo de dependência anterior.

Apesar das limitações, que se devem ao fato de contarmos com uma única entrevista para cada um dos entrevistados, é possível reconhecermos que são revelados com clareza e espontaneidade no transcorrer do diálogo, aspectos das representações teóricas, técnicas e dos valores pessoais do profissional.

S2Médica clínica / psicodramatista

S2 é médica, há 10 anos Trabalha com pacientes com transtornos relacionados a substâncias. A partir da implementação do Programa de prevenção e tratamento da AIDS, (Síndrome da Imuno-Deficiência Adquirida) da Unidade Integrada de Saúde de Taubaté, teve suas primeiras experiências com atendimento a usuários de drogas. Até então, a Saúde Pública Estadual de Taubaté não tinha nenhum programa específico para atender essa população.

S2 aceitou participar de nossa pesquisa, demonstrandointeresse em conversar sobre sua experiência no atendimento a usuários de drogas. A entrevista foi realizada em julho de 1996, em uma das salas da Unidade Integrada de Saúde de Taubaté. A unidade faz parte da Secretaria Estadual de Saúde.

A partir de 1985, com o registro dos primeiros casos de AIDS em usuários de drogas, a equipe multiprofissional (médica clínica, enfermeiro, psicóloga, assistente social, odontólogo, biomédico, psiquiatra e médico pneumologista) preparou-se para atender a nova demanda; até então os usuários de drogas não eram tratados. Os componentes da equipe associaram-se a um grupo de estudos que reunia pessoas de várias instituições de saúde do Município. A equipe de profissionais decidiu trabalhar com a comunidade para difundir informações sobre drogas, sexualidade e organizar trabalhos preventivos.

S2 fez uma a narrativa detalhada de sua experiência no atendimento de usuários de drogas.

> Naquela ocasião, nós tínhamos um despreparo muito grande para trabalhar com alguns grupos de pessoas que tinham alguns hábitos que não eram próprios da população usual dos nossos serviços , nós não enfocávamos essa questão. Então, vamos supor, se no nosso serviço, num programa de tuberculose, na assistência ao adolescente, na assistência ao adulto, aparecesse algum usuário de droga, essa questão não era tratada, não existia a visão holística. A visão era muito setorizada.

A AIDS trouxe uma série de questões para a equipe discutir e refletir e nos levou a procurar especialistas para trocarmos experiências. Nós líamos tudo o que podíamos, eu li muito o Claude Olievenstein e assim foi se criando uma forma de lidar com esses pacientes.

S2 mostra-me um cartaz, feito por dois dos primeiros pacientes usuários de drogas injetáveis soropositivos (falecidos), no qual estava escrito:

"Ela chega sem avisos, é invasora de almas, faz morada no imponderável, e se alimenta de verdades. Seu nome Solidão"
de seus pacientes.

Nós tínhamos uma experiência muito íntima com os pacientes, os autores do cartaz eram pessoas de certo nível social na cidade, e a gente ficou sendo uma referência para eles. Não tinham onde procurar ajuda, não havia serviço público no Município. Eles trouxeram esse cartaz como uma doação.

S2 comenta que por vezes era difícil delimitar em qual dos três campos estava atuando: na clínica, saúde pública, ousaúde mental. Diante de um exame de sangue, S2 questionava-se?

Ele não consegue usar preservativo? Ele vai transmitir o HIV para outras pessoas ? Ele não consegue parar de usar drogas?

A partir das supervisões S2 relata que foi delimitando o seu papel, ou seja, passou a trabalhar com todas as situações em que se sentia habilitada.

S2 considera que as suas habilidades estando à disposição dos doentes, deveriam ter um enfoque mais geral, mais holístico. Esta postura não impediu (segundo ela) que grandes dificuldades fossem encontradas, tais como, a desconfiança dos pacientes em relação a seu trabalho.

O primeiro paciente soropositivo de S2 fazia parte de uma grande roda de drogas e foi pedido a ele que comunicasse aos seus conhecidos do grupo e aos parceiros sexuais que era portador de HIV (vírus da inumodeficiência humana). Desta forma, a equipe recebeu um número considerável rapazes drogados. O distribuidor da droga no grupo tinha comportamento homossexual, muitos eram parceiros sexuais e de uso de drogas.

A equipe começou a trabalhar com esse grupo de pessoas e a gente tinha muito medo, era um centro importante de distribuição de drogas no Município. Então a gente tinha medo de como isso poderia repercutir num Município pequeno como o nosso (...)

Nessa época, fui conversar com um delegado de polícia, que era uma pessoa culta, sensível e muito preocupada com as questões sociais. Eu queria saber se era perigoso, afinal a gente estava metendo a mão numa roda e num ponto de distribuição, e há relatos de pessoas de cidades pequenas, que lidam com essa questão, que recebem ameaças, uma série de coisas.

Nós tínhamos uma postura aberta de receber ajuda e de querer ajudar, apesar da pouca experiência; eu não sei se a gente era tecnicamente tão competente quanto a gente era de disposição e de seriedade e de compromisso com eles. Nós conseguimos fazer um vínculo extremamente positivo com essas pessoas. Até hoje os distribuidores de drogas - os laranjas - trazem pacientes, pessoas novas que entram na roda. Então, durante muito tempo, nós fomos uma referência. Paralelamente, a equipe desenvolveu um trabalho de prevenção ao uso indevido de drogas e com a sexualidade humana, nas escolas.

S2 comenta a disponibilidade de toda a equipe para estar junto aos pacientes até o momento da morte destes. Num velório, um dos pacientes, que fora amigo do que morrera, disse-lhe que estava muito mal "ele sou eu amanhã". S2 considera que o profissional que trabalha com dependentes e AIDS tem que estar emocionalmente saudável, precisa ter supervisão para conviver com o sofrimento psíquico causado por morte, perdas, dor e conflitos existenciais que estão subjacentes nessas pessoas.

O que você pensa do usuário de drogas?

Eu penso que eles sempre chegam muito desconfiados para os atendimentos e que é muito difícil o estabelecimento de vínculo com eles. Acho que, em determinados momentos, para esses pacientes, muito comprometidos, é necessário interná-los, eles precisam de um afastamento da droga (...)

A maior dificuldade, além da adesão ao serviço de assistência, era como lidar com eles. A sensação que eu tinha é que você tem que saber a dose certa de amor que dá para eles, esse é o aspecto mais complicado para lidar com eles.

Eu parto do ponto de vista de Claude Olievenstein de que há uma personalidade drogadicta que não encontra a droga, então não fica dependente.

O que você pensa da família do dependente de drogas?

Quando se associam as histórias de vida com a droga, as famílias se tornam particularmente especiais. É uma família que vive o tempo todo no limite entre a culpa e a permissividade, a culpa vem depois que a droga aparece, na verdade e na mentira, uma mãe superprotetora e um pai que não usa a autoridade de pai. Há os pais que são rigorosos demais, ou seja, há sempre um limite exagerado. Falta, em geral, uma vinculação afetiva mais equilibrada, é a falta da dose certa de amor, por vezes há um excesso de sedução e jogo, é um jogo louco demais (...) A mãe deixa a carteira com dinheiro em cima da mesa. Ela diz que foi esquecimento, pro filho ter como pegar dinheiro para comprar drogas. Assim é uma família que vive entre a permissividade e a culpa. E aí, quando a coisa aparece, todo mundo entra em pânico, aí começa a caça às bruxas, quem é o culpado (...) esta fase é um inferno, aí a mãe fica se matando com o pai, pai se matando com o filho, mãe com o filho (...) Um menino de 15 anos (paciente do consultório) dirige a caminhonete do pai para cima e para baixo, sai de moto para Pindamonhangaba, para Caçapava. Um dia, eu perguntei se estava faltando palmada, ele disse que sim (...) Não falo de palmada física e sim do limite que

protege, a autoridade que protege. Esta é a grande ausência na vida dos toxicômanos. Esse paciente representou o pai como um palhaço, em cena de montagem da família.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores de drogas?

Hipócrita. As famílias fazem de conta que a situação não existe, até a hora que não tem mais jeito. Elas só assumem que o filho é drogado quando não tem mais jeito. Agora, quando está escancarado, quando há sangue no banheiro, que a pessoa está com HIV; então, eu acho que é uma visão de hipocrisia, o problema não é encarado de frente, seja na área de prevenção, seja na repressão. Esse é um país corrupto, os órgãos de repressão são totalmente sem crédito perante a população . No final da linha, você atua na assistência das pessoas, os serviços públicos que estão aparecendo é em função da AIDS, que é o fim da linha. Então, eu acho que é uma postura de omissão, uma postura de fazer de conta que não existe o problema.

Como é que fica a prescrição indiscriminada de benzodiazepínicos, de anfetaminas? Acho que a categoria médica tem enorme responsabilidade nisso. É responsabilidade do médico, nós ficamos o tempo todo criticando a farmácia e o balconista. É responsabilidade do médico a questão dos anfetamínicos, dos anorexígenos. Misturam-se anfetaminas, diuréticos e benzodiazepínicos e os pacientes podem ficar dependentes. Sem contar o volume de pacientes daqui do ambulatório de Saúde Mental que são dependentes de benzodiazepínicos.

Eu acho que o médico é mal treinado, durante a faculdade, da responsabilidade que é isso. Não acho que é a farmácia a responsável por isso, é o médico. E são os médicos das várias especialidades, na clínica geral, que não têm preparo suficiente.

(...) Uma coisa que nós precisamos rever são os valores. Uma criança não dorme, a mãe já leva para tomar calmante, e há pediatras que prescrevem!

Quais são os seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Eu ainda continuo esperando que eles se recuperem, que se livrem das drogas, da dependência. Com pacientes muito comprometidos, a minha preocupação é que eles tenham um vínculo com o serviço, que eles possam se cuidar, que reduzam os riscos. Quando é jovem, quando ele está começando, aí tento torná-lo abstinente. Tento mostrar para ele que:se você é um drogadicto, para sempre vai ser; você sempre vai ter a predisposição (...) Se ele está tendo dificuldade de tornar-se abstinente, de deixar de usar no momento em que quer abandonar o uso, é porque ele interage com a droga de outra maneira. Então, ele tem que ser cuidadoso.

Quais são os métodos e (ou) técnicas empregados em seu trabalho?

Eu trabalho com técnicas psicodramáticas.

Quando é indicada terapia familiar, S2 encaminha a família para outro profissional, e mantém a psicoterapia individual. Se houver necessidade de avaliação e (ou) atendimento psiquiátrico faz o encaminhamento.

Quais são os resultados obtidos em seu trabalho?

Os resultados são bem desapontadores. De um modo geral, a recuperação foi de poucos (...) os que são não são grandes usuários, quando eles se deparam com o resultado negativo para o HIV, muitos deles largam, mas o grande dependente, esse eu acho que foram poucos que deixaram o hábito. Os trabalhos, que nós tentamos fazer, de grupos para mantê-los abstinentes, todos acabaram, não tem adesão.

Há alguma forma de registro da experiência e de organização de dados?

Nós temos os levantamentos do programa de AIDS, algo específico com a droga, não temos. Nós temos algum trabalho que a assistente social fez durante um tempo. Era um estudo da história de uso de drogas, não sei se ela chegou a computar isso.

No decorrer de sua experiência profissional, houve mudanças na sua compreensão do fenômeno da drogadependência?

De respeito pela dor, pelo limite, pelo medo, o susto perante a vida. Esta foi a primeira lição. A segunda foi a humildade. Que eu não sou nada se ele não quer fazer nada. Eu estou como terapeuta no sentido de ser escravo do outro, de se estar a serviço do outro. A terceira grande lição é que eu tenho que estudar muito, tenho que aprender com as pessoas que estão pesquisando e refletindo sobre a prática. E a última lição, é de que existe uma forma de amor em ser profissional, que só se faz no aqui e agora, no que está acontecendo.

Eu posso ter teoria, e eu posso ter reflexão, mas ele tem a vida, e a vida é dele e, se eu quero ajudar a vida dele, eu tenho que respeitar isso. Não importa se ele está usando, se continua usando a mesma quantidade de droga, se ele está se arriscando do mesmo jeito, importa é que sabe que aqui ele pode vir, que aqui é uma referência.

S2 organizou quatro simpósios sobre drogas que foram abertos à população e aos técnicos, com ênfase na prevenção. Participou de palestras em empresas, escolas e na comunidade em geral. Foram realizados, pela equipe da UIST de Taubaté, cursos para os professores de ensino fundamental e médio abordarem temas sobre a sexualidade e as drogas em suas escolas.

A motivação de S2 para atender toxicodependentes surgiu da pressão da demanda de assistência (a partir do aparecimento de casos de AIDS entre usuários de drogas injetáveis) e de sua abordagem profissional, que visa olhar o paciente em sua totalidade e não apenas tratar a patologia; visão holística do sujeito. A compreensão de S2 sobre a toxicomania enquadra-se no modelo eclético, no qual o problema de saúde pública, associado aos fatores psicossociais e orgânicos, são objeto de atenção.

A entrevistada ofereceu-nos evidências de que foi submetida às dificuldades das pressões clínicas dos pacientes, das pressões sociais e do imaginário cultural - de que penetrar no mundo dos drogados é arriscado - além de seus próprios medos e angústias. S2 procurou proteção em uma autoridade externa (delegado de polícia) para sentir-se mais segura para dar continuidade aos seus propósitos médicos assistenciais.

S2 destaca que a grande dificuldade encontrada no tratamento é a baixa adesão dos pacientes, seguida da falta de locais com qualidade para a internação daqueles que necessitam de um afastamento do ambiente para desintoxicação.

S3 Médico psiquiatra

S3 é médico psiquiatra, formado pela Universidade Gama Filho do Rio de Janeiro e mestre em Psiquiatria, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Em 1978, iniciou sua atividade profissional no Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira, onde teve as primeiras experiências no atendimento de transtornos relacionados a substâncias. S3 explicita que tem maior disponibilidade para o tratamento de pacientes com depressão.

Nos últimos anos, passou a trabalhar em cidades do Vale do Paraíba.

S3 aceitou a participar da entrevista tão logo encontrássemos um horário comum de disponibilidade. Fui recebido no consultório de S3, após o encerramento de sua jornada diária de trabalho. Mostrou-se disposto a conversar sobre sua experiência no tratamento de usuários de drogas e, embora estes não sejam os pacientes preferenciais, realiza em média, semanalmente, de um atendimento de drogadependente e de uma família.

Peço-lhe que relate sua experiência no tratamento a usuários de drogas:

Em primeiro lugar, temos a questão do porquê se usa droga. Acho que talvez esse questionamento seja fundamental. A história da humanidade mostra que, em todas as civilizações, sempre se usou droga. De uma forma geral, tenho a impressão que o uso se deve basicamente a questão existencial. Talvez a maior motivação para o uso de droga seja esta, que é uma questão inerente a todo ser humano, sempre foi e sempre será.

Eu penso que a grande maioria de usuários de drogas é, basicamente, por questões existenciais. Eu questiono muito esses argumentos de que: - o pipoqueiro da frente da escola que viciou fulano, ou vamos dar droga para sicrano que logo ele vai ficar dependente e passará a comprador. Essas coisas, eu acho que são folclóricas. As más companhias que motivam a busca da droga. Para mim, a questão existencial é o maior fator do uso de drogas (...) Parece-me que muitos usuários desenvolvem dependência por outros fatores: familiares, competitividade, a necessidade do jovem fazer algo diferente.

A gente nasce com um determinado estado mental e você permanece nesse estado mental praticamente a vida toda. É lógico que isso muda com diversos fatores, tem mudanças, mas eu não falo propriamente num estado psicológico, eu falo numa rotina, no cotidiano, num tédio em que todo o ser humano cai um pouco, todos os dias, com o mesmo estado mental, então a droga muitas vezes representa a quebra desse tédio (...) É gostoso para todo mundo, de repente, sentir uma sensação diferente na cabeça, isso é inquestionável, seria em virtude desse tédio psíquico.

Tirando a questão existencial, tirando esse tédio, fatores familiares, há fatores dentro da Psiquiatria que desencadeiam o uso de drogas. Certos distúrbios psiquiátricos têm uma pré-disposição para o uso de drogas, a depressão que a gente chama de química, orgânica, antiga psicose maníaco-depressiva. Muitas vezes, ela começa na adolescência, não de forma gritante, mas a depressão é uma doença extremamente comum, ela é diferente da depressão reativa (...) é uma alteração bioquímica do cérebro. As pessoas têm dificuldade de aceitar que o órgão mais completo do ser humano adoeça. Há milhões de substâncias e pode haver desequilíbrio em determinada substância, é um contra senso achar que tudo é psicológico. (...) *E* nesse estado depressivo, o jovem fica completamente perdido. É incapaz de identificar o que está havendo, geralmente ele não fala com os outros, vê aquilo como uma fraqueza, e costuma, muitas vezes, fugir para a droga por causa disto.

Neste caso, você está falando da droga já entrando num nível patológico?

Num nível patológico, quer dizer que eu vejo estes casos no consultório. A busca da droga por causa de distúrbios subjacentes, a pessoa tem um distúrbio psiquiátrico ou psicológico mais sério. Ele vai secundariamente buscar a droga como uma fuga psíquica mesmo, ou como uma forma de atenuar aquela tensão. Às vezes, a família tráz o paciente e você percebe que tem alguma coisa, que ele não é só viciado. A gente vê isso também em caso de distimia, onde há uma

alteração química. A distimia é uma minidepressão permanente ou quase permanente, não é uma depressão clara e evidente, você não vê a pessoa no fundo do poço, pensando em suicídio. Ela tem uma timidez muito grande, não consegue se divertir como os outros. (...) Hoje em dia, há evidências, inclusive de resposta a tratamento, que nesses casos está implicada uma diminuição quase permanente de serotonina. Isso acarreta dificuldade de relacionamento, muitas vezes leva à fobia social, a pessoa tem dificuldade de conversar, de se comunicar em público.

Quem é o seu paciente usuário de drogas?

Eu tenho dezoito anos de consultório; em termos de droga, especificamente a maconha, talvez tenha tido dois casos, e assim mesmo, trazidos pela família. É uma droga que é objeto de muito preconceito. A cocaína é uma droga pesada, embora não seja tão pesada quanto o álcool. Na verdade, eu creio que de todas as drogas, o álcool só esteja abaixo de heroína ou derivados da morfina. O álcool preenche todos os quesitos de drogadependência. Causa dependência física, causa dependência psicológica, causa lesão orgânica, hepatite, pancreatite, polineurite etc. Causa destruição do lar, causa destruição do senso crítico, muito mais que a cocaína; a não ser quando o indivíduo entra em fase de paranóia. Mas quando ele cheira, ele é capaz de participar socialmente - se estiver moderadamente "cheirado" você não vai sentir - o cara bêbado é outra coisa, é uma droga que derruba, joga o cara na sarjeta. Então, de todas as drogas, o álcool talvez seja a pior, a gente não enxerga isso porque é uma droga aceita socialmente. Também é difícil de ver isso, por problemas culturais.

Realmente, me desanima quando o paciente entra (no consultório), no caso dele ser um alcoólatra ou se é cocainômano. A minha experiência não é boa, a não ser nos casos que eu encontro uma patologia ou alguma coisa subjacente. Mas, de uma forma geral, a questão é existencial, talvez cultural, ou quando o ambiente familiar está desestruturado. Eu acho que a chance de recuperação é

mínima, mínima, mínima. A possibilidade de recaída é muito grande na cocaína. (...) Tenho um paciente que usa cocaína, ele sabe que vai entrar em paranóia, ele fica um mês sem usar, mas é algo compulsivo, ele acha que a sensação de bem-estar compensa. As vezes, a família traz o paciente e, durante a consulta, nós identificamos alguma situação por trás, ele não é só viciado em drogas (...) acontece na distimia, isso é muitas vezes interpretado como um problema de personalidade, de caráter ou timidez. Hoje, nós sabemos que é devido a uma diminuição quase permanente de serotonina, que pode levar a uma dificuldade de relacionamento muito grande, leva muitas vezes a uma fobia social.

O que você pensa da família do usuário de drogas?

Eu acho que existe um erro muito grande quando se culpa a família do usuário. Como se culpou muito, há um tempo atrás, a família do esquizofrênico. Às vezes, a gente vê a família perfeitamente estruturada, claro que se for procurar desestruturação, você vai encontrar em toda e qualquer família. Essas famílias levam uma pecha grande demais. É lógico que, em determinadas famílias, determinados ambientes, a facilidade será maior, mas não é a maior culpada, não tem que ser a maior culpada. Acho que isso tem que ser revisto.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas aos consumidores?

A visão que a sociedade brasileira tem, do drogado, ainda é extremamente preconceituosa, muito associada à criminalidade; é feita uma associação imediata entre o drogado e o transgressor da lei no sentido do crime, isso é muito ruim, eles são automaticamente marginalizados (...) O nome haxixe quer dizer assassino, por ser usado por pessoas que cometiam crimes. A sociedade brasileira continua vendo dessa forma, ele é totalmente marginalizado. A lei é extremamente dura com o viciado, a gente vê uma pessoa presa, cansei de ver

presos que entraram no presídio por causa de uma ponta de cigarro de maconha e, hoje, estão com penas longas, continuam lá porque foram vítimas de tentativa de estupro e foram obrigados a matar. Por causa de uma besteira, não consigo entender. Você libera o álcool, e não libera a maconha, e não libera a cocaína. Não tem sentido, então o cara que fuma maconha, que cheira cocaína, ele pega o carrinho e dirige e o cara que bebe, pega o carro e vai fazer bobagem, porque ele não consegue dirigir, a potência do álcool é enorme. A descriminalização tem que ser muito bem pensada, estudada, para não se perder o controle da situação. A experiência da Holanda parece que foi boa, embora exista uma pressão mundial contra.

Quais são as suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Não, não é o que eu gosto mais; embora eu trabalhe com isso, mas não é a minha opção.

Quais são os seus objetivos ao atender um usuário de drogas?

O objetivo básico é tentar uma recuperação que seja estruturada, que a parte psíquica dele esteja bem estruturada no ambiente familiar, que a gente possa evitar uma recaída, no futuro. Então, o trabalho não tem que ser feito só em cima da retirada da droga, tem que ser feito em cima da pessoa, da visão que a pessoa tem da sociedade, e da visão familiar em relação à pessoa e em relação à droga. A pessoa deve ser motivada secundariamente para deixar a droga, a base a ser trabalhada é a emoção da pessoa; é mais uma conscientização global, do que tentar simplesmente vamos parar de usar. Temos que conhecer os fatores psicológicos, para podermos chegar, secundariamente, à abstinência.

Quais são os métodos e (ou) técnicas empregados em seu trabalho?

Eu não tenho um método específico, não é uma especialidade minha, embora eventualmente eu atenda pacientes dependentes de drogas. Se houver patologia ou desconfiança de alguma coisa subjacente, uso medicação associada com psicoterapia, embora eu, pessoalmente, não goste de lidar com os dependentes; então, quando há necessidade de psicoterapia, eu costumo encaminhar para alguém que faça terapia específica para usuário de droga. Quando há necessidade de medicamento, a pessoa fica comigo, quando não há necessidade de medicamento, eu encaminho para alguém especializado na área; quer dizer, eu acompanho à distância, dou as informações, mas paro de acompanhar o paciente

Quais são os resultados obtidos em seu trabalho?

Os resultados são muito pequenos.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante do trabalho com usuários de drogas?

Falando da cocaína, que é a droga mais difundida, existem resultados frustrantes, de uma forma geral. É uma frustração pessoal de não conseguir uma resposta, na maioria das vezes.

Quais são as principais dificuldades encontradas no atendimento a usuários de drogas?

É a recaída, essa compulsão que se chama vício mas que, para mim, é um segredo. A gente observa usuários que não são viciados, para o viciado você pode dizer que existe a necessidade, do organismo, de consumir

A força da compulsão é algo que me assusta, a pessoa vai buscar a substância sabendo que vai dar paranóia, que vai passar mal, que vai dar aflição, que vai dar angústia, vai dar desespero, mas parece que a força da compulsão é maior do que qualquer ato racional (...) talvez com o tempo a gente possa entender.

Quais são fontes de informação sobre drogadependência que utiliza?

Não, eu não costumo ler, a não ser as revistas que eu assino, e livros em que a gente lê artigos sobre drogas, a Revista Brasileira de Psiquiatria, o Jornal Brasileiro de Psicologia, nada específico, não trabalho especificamente com isso.

No decorrer de sua experiência houve mudanças na sua compreensão do fenômeno da dependência de drogas?

Eu acho que cada vez eu estou mais flexível com essa clientela. Com o tempo, a gente aceita, vê que são vítimas. A gente passa a compreender cada vez mais e se torna mais tolerante.

S3 não publicou trabalhos e não participa de congressos ou eventos relacionados à Toxicomania.

S3 é um dos profissionais representativos da grande maioria que declara não apresentar motivação específica ou mesmo interesse em tratar usuários de drogas, avaliando que as chances de recuperação desses pacientes são mínimas.

S3 analisa os possíveis fatores etiológicos do uso problemático de drogas que extrapola as necessidades humanas de realizar algo diferente ou por razões existenciais, que considera fundamentais, porém não explicam a intensidade das situações de transtornos mentais. Considera que essa população é de difícil abordagem, devido à complexa interação de fatores etiológicos de ordem familiar, psiquiátrica e psicológica, às freqüentes recaídas e à compulsão à droga. Enfatiza que o uso patológico de drogas é uma situação secundária, determinada, principalmente, por depressão orgânica provocada por alterações químicas; tais como a redução de serotonina que, por sua vez, acarreta dificuldades para o relacionamento social da pessoa. Outro aspecto que se destaca na entrevista com S3 é a sua compreensão do uso de drogas como busca de estados alterados de consciência (necessidade de quebrar o tédio). S3 faz uma diferenciação entre os usuários de droga sem vício, sem psicopatologia, e os usuários compulsivos. Critica de forma contundente, a aceitação cultural do álcool enquanto droga lícita (que situa como uma droga mais pesada que a cocaína) contrapondo-a à discriminação da maconha e da cocaína como substâncias ilícitas.

S4 Médico psiquiatra / psicanalista

S4 formou-se em Medicina, pela Faculdade de Teresópolis, Estado do Rio de Janeiro. Cursou residência médica em Psiquiatria e fez formação em Psicanálise no Cento de Estudos de Psicanálise de São José dos Campos, São Paulo.

A entrevista foi realizada, em maio de 1997, no consultório de S4 que se mostrou interessado e preocupado em elaborar com cuidado suas colocações. S4 havia sido citado, por outros profissionais de São José dos Campos, como um dos maiores conhecedores de tratamento de dependências químicas da cidade.

Sua atuação inicial em farmacodependência ocorreu em 1986, no Centro de Toxicologia da Prefeitura de São José dos Campos, primeira instituição especializada, do serviço público municipal, no atendimento de toxicomanias e alcoolismo. Trabalhou, ainda, no Instituto de Psiquiatria Chuí. Atualmente, exerce suas atividades médicas e psicoterapêuticas na Clínica Vila Serena de São José dos Campos e em seu consultório. Atende, em média, 18 drogadependentes e10 famílias por semana.

Na primeira parte da entrevista, S4 relata sua experiência profissional no tratamento de dependentes químicos.

> A minha experiência começou em 1986, com funcionários da Prefeitura de São José dos Campos; iniciei com grupos de alcoolismo, de lá para cá fui fazer a minha formação em Psicanálise e comecei a me dedicar mais a dependência química.
>
> O que nós percebemos, desde o início, foi um aumento da demanda, aproximadamente de 20% ao ano; 70% de alcoolistas e 30% de outras drogas, com predomínio de maconha e cocaína. Quando o serviço (Centro de Toxicologia) foi fechado, em 1995, estava aparecendo o "crack". O predomínio de nossa população era de alcoólatras, com uma média de 10 a 14 anos de alcoolismo, que apresentavam comprometimento orgânico de moderado a

grave; muitos, com comprometimento psiquiátrico, até com internações psiquiátricas. A população jovem, na faixa de 19 a 29 anos, estava mais ligada às drogas e a de alcoólatras apresentava idade mais avançada.

Nós tínhamos uma demanda pequena de adolescentes, mas não que não existissem casos, eu acho que talvez por falta de divulgação do trabalho na faixa de adolescentes.

S4 repete o que outros profissionais apontam com relação a predominância de procura de tratamento por parte dos alcoolistas e a inexpressiva procura por adolescentes usuários de drogas, com menor faixa etária.

S4 acompanhou a instalação e o fechamento do Centro de Toxicologia de São José dos Campos - do qual foi coordenador - com a conseqüente passagem dos atendimentos dos transtornos relacionados a substâncias para o sistema de Saúde Mental do Município.

O prefeito, resolveu montar um serviço para dependência química na área de tratamento, mas, principalmente de prevenção: assim surgiu o Centro de Toxicologia. Eu considero que tivemos como falha ter dado ênfase à psicoterapia breve individual, ao invés de atender a demanda com atendimento grupal. Talvez essa tenha sido a crítica que o pessoal da Saúde Mental tenha feito ao nosso trabalho, porém, não foi por falta de visão, a demanda ainda dava para ser atendida individualmente. Paralelamente a este trabalho individual, nós tínhamos aula de arte, com um artista plástico, e tínhamos um vídeo clube semanal, que passava filmes que não tinham nada a ver com dependência química. Os filmes eram discutidos entre pacientes e membros da equipe, inclusive eu, também, fazia parte do pessoal que participava desse vídeo clube fora do meu horário de serviço. Quero deixar bem claro que isso foi uma coisa que nós abraçamos com muito carinho, com muito amor e extrapolávamos o nosso horário de trabalho. Nós trabalhávamos à tarde, à noite e fazíamos

atividades fora do horário de serviço. Então, havia uma dedicação muito grande a esse trabalho. Era de base psicanalítica, a gente procurava trabalhar com psicoterapia breve e tínhamos, também, grupos de apoio, que eram grupos com a participação de Alcoólicos Anônimos, dentro do ambulatório. O uso de medicamento era restrito à síndrome de abstinência. A desintoxicação era feita no pronto-socorro da Saúde Mental; nós evitávamos, ao máximo, a internação.

É um fato marcante na atividade atual das Unidades de Atenção Integral á Saúde Mental (quatro, uma em cada região da cidade) a opção pelo atendimento em grupo na orientação e na psicoterapia, embora a grande maioria dos profissionais entrevistados não tenha formação nessa modalidade terapêutica.

O que você pensa do usuário de drogas?

Para mim, é um indivíduo que tem uma sensibilidade extrema para viver o mal-estar da civilização, ele tem grande dificuldade de se adaptar à vida, baixa tolerância à frustração, baixa tolerância aos limites que a vida em sociedade coloca. Mas eu percebo, acima de tudo, que a clínica do toxicômano, a clínica do dependente - eu acho toxicômano um termo muito pesado - é a clínica do sofrimento, há sofrimento em toda essa história, quando ele tenta se deparar com a realidade e percebe que a estrutura de personalidade dele não consegue suportar o peso que é viver a realidade da nossa sociedade. Ele é o sinal de alerta para os caminhos que a nossa sociedade está tomando, só ele consegue gritar e os outros escolhem outros caminhos, escolhem o caminho da psicose, o caminho da neurose, e ele escolhe o caminho da dependência química.

O usuário ocasional é um indivíduo que precisa mais de um aconselhamento do que uma psicoterapia, o experimentador não tem que ser enquadrado no sistema de atendimento (...) o dependente é o que perdeu a vontade e o desejo de fazer outras coisas (...) não podemos esquecer que a palavra adicto significa escravo, do indivíduo que devia, não podia pagar e se transformava em escravo (...) quer dizer, ele não pode viver sem a substância.

O que você pensa e como é a família do dependente de drogas?

É uma família de pouco diálogo, uma família de laços afetivos enfraquecidos, é uma família que, muitas vezes, dá para o filho o que ele precisa materialmente, mas dá muito pouco do que ele precisa afetivamente (...) Há um silêncio muito grande nestas famílias, e realmente ele não tem aquilo que precisa e, tem, muitas vezes, excesso de liberdade. Famílias permissivas demais que, direta ou indiretamente, favorecem a transgressão, ou até a reforçam ... elas tentam colocar a responsabilidade desse limite na escola, no tiro-de-guerra, não assumem a responsabilidade pela educação de seus filhos (...) esses pais têm dificuldade de colocar limites para si próprios.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores de drogas?

É uma postura retrógrada, uma postura que tenta rotular, que dificulta o tratamento e a reintegração social. Por outro lado, a sociedade é permissiva em relação ás substâncias químicas: ela é permissiva em relação a cigarros, ela é permissiva em relação ao álcool. Nas grandes festas, rodam bandejas de cocaína. Quando há produção de problemas relacionados aos efeitos das substâncias, a tendência da sociedade é de afastar o drogado, isolá-lo, interná-lo em vez de reintegrá-lo.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

A principal motivação é o sofrimento que eu vejo nas famílias e a riqueza mental do usuário. Eu acho que são pessoas extremamente sensíveis, extremamente sagazes e que precisam *de* profissionais preparados para ajudá-las. Acho que foi uma opção que eu fiz, de fazer alguma coisa pela comunidade. Tanto é que, grande parte da minha história profissional, foi no serviço público.

Quais são seus objetivos ao tratar um dependente químico?

Em primeiro lugar, que ele consiga substituir a dependência química por outras coisas prazerosas em sua vida: que ele desloque o seu investimento para outras coisas, que perceba as potencialidades dentro da sua pessoa, dentro da sua vida e que, ao mesmo tempo, essas potencialidades desenvolvidas tragam prazer, e aí você consegue alguma coisa.

Quais são os métodos e (ou) técnicas empregados em seu trabalho?

Usamos a linha interpretativa analítica, em alguns momentos não aprofundamos em termos de interpretação, quando percebemos que ele ainda não suporta determinadas interpretações, em alguns momentos nós somos mais diretivos.

Quais são os resultados obtidos em seus atendimentos?

Eu acredito que os meus resultados não fujam aos padrões estatísticos: de cada 100 eu recupero 25, 30, na melhor das hipóteses, compatíveis com os padrões estatísticos conhecidos, que situam como recuperação de 25 a 30 de cada 100, na melhor das hipóteses.
Recuperar implica em abstinência?
Abstinência total e reintegração social.

Qual é a gratificação profissional e pessoal resultante do tratamento de usuários de drogas?

A gratificação pessoal é muito grande. Muito grande. A gratificação profissional também é boa, nós fizemos duas viagens aos Estados Unidos a convite do governo americano, fomos conhecer várias instituições na área de prevenção e de tratamento. Essa foi uma das grandes gratificações. Existe o

reconhecimento muito grande do trabalho da gente na região, na cidade; e nós somos muito procurados, inclusive estou pretendendo escrever um livro que fuja um pouco daquilo que estão escrevendo. Pretendo abordar a vivência em que você sai um pouco da Psicanálise e entra em outros campos, dentro da terapia, dessa coisa clínica que não está em livro nenhum.

Quais são as principais dificuldades encontradas em seu trabalho?

As dificuldades principais são a aderência ao tratamento, as recaídas, o boicote ao tratamento, feito muitas vezes, pela família. Nós não podemos esquecer que ele é o bode expiatório da família, e, de repente, ele começa a melhorar, aparecem outras patologias da família, cada um começa a enxergar onde está o seu problema. Há famílias que boicotam o tratamento do dependente porque começa a aparecer a patologia familiar.

Quais são suas fontes de informação sobre drogadependência?

Os dois autores que eu mais respeito dentro dessa área são o Claude Olievenstein e o Eduardo Kalina. Recebo as informações do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas), da Escola Paulista de Medicina.

Emprega alguma forma de registro e faz levantamento e organização de dados?

Os dados dos pacientes são registrados em prontuários, embora não tenha feito nenhum estudo a partir dos mesmos.

No decorrer da experiência, houve mudanças na sua compreensão do fenômeno da drogadição? Quais?

> Mudou muito, mudou a minha sensibilidade, mudou a visão que eu tenho do ser humano, mas, principalmente, me aguçou o ouvido, o entendimento dessas pessoas. Hoje eu não sou o mesmo, eu tenho uma profundidade muito maior no conhecimento do ser humano.

S4 não publicou nenhum trabalho, embora tenha participado de inúmeros congressos e simpósios. Em 1986, apresentou, no congresso de Psiquiatria a experiência de São José dos Campos na prevenção e tratamento de drogas.

O entrevistado relata que tem uma lista com mais de 25 páginas com a relação das palestras que realizou em escolas, empresas e associações comunitárias.

> Nós dávamos treinamento para professores, na delegacia de ensino do Vale do Paraíba.
>
> Eu fui o catalisador da prevenção em todo o Vale, as cidades começaram a fazer trabalho porque nós fomos lá e sensibilizamos as delegacias de ensino, e alguns trabalhos se tornaram melhores do que o de São José, Taubaté, inclusive, através da delegacia de ensino.
>
> Como o senhor se sente fora da saúde pública municipal?
>
> Aguardando para quando o carnaval chegar.

Solicito que S4 aborde sua experiência atual numa clínica especializada no tratamento de dependentes químicos de São José dos Campos.

> A clínica segue um modelo baseado nos doze passos (...) lá eu estou desenvolvendo atividades interpretativas, que fogem um pouco do modelo

seguido pela clínica. Temos uma atividade de interpretação de desenho projetivo, com bons resultados para avaliar o progresso da recuperação dos pacientes. Na discussão dos casos, procuro introduzir alguma coisa da nossa experiência. O modelo é comportamental.

Os pacientes são residentes (regime de internação), durante 45 dias. É uma clínica particular, possui convênios com empresas; a de São José dos Campos é uma franquia, as outras ficam no Rio de Janeiro e em São Paulo.

S4 atribui aos doze passos do AA (alcoólicos anônimos) o mérito de mudar a vida de muitos dependentes, acreditando que o procedimento tem conseguido recuperar inúmeras pessoas. Explica que ocorre uma substituição do álcool e dos companheiros de bar pelo grupo de Alcoólicos Anônimos. Considera que os resultados são muito bons para as pessoas que aderem ao modelo.

O desejo de publicar um livro com enfoque original, baseado em sua experiência clínica, representa uma motivação para S4 atuar na clínica da toxicomania.

S4 menciona que há predominância de procura de tratamento por parte dos alcoolistas adultos e que esta procura é inexpressiva quando se refere a adolescentes usuários de álcool e (ou) drogas. Esse é um fato comum, também relatado por outros profissionais entrevistados. Há indícios de que os usuários de drogas, mais jovens, só buscam tratamento quando passam a apresentar graves prejuízos sociais, psicológicos e orgânicos. Acreditamos que este talvez seja o motivo pelo qual os mais jovens e os seus familiares não procuram ajuda profissional. Outro fato a ser considerado é o da associação (pelos centros de tratamento) do uso de drogas com doença mental, fator este apontado por vários profissionais para justificar a demanda reprimida. Os locais, ambulatórios de Saúde Mental e hospitais psiquiátricos, - e as propostas de tratamento, costumam ser pouco motivadoras para os adolescentes.

S5 Médica psiquiatra / psicanalista

S5 graduou-se em Medicina, pela Universidade de Brasília, onde também fez residência e Mestrado em Psiquiatria. É psicanalista com formação pela Sociedade Brasileira de Psicanálise do Rio de Janeiro.

Iniciou o trabalho com dependentes químicos, em 1983, no Hospital Universitário de Marília. Atualmente atua em São José dos Campos, em consultório particular, Hospital Psiquiátrico e em uma Unidade de Saúde Mental municipal. Além disso, faz um plantão semanal em um Pronto Atendimento Psiquiátrico na cidade de São Paulo e ainda prossegue com a finalização de atendimentos de seus analisandos do Rio de Janeiro: onde residia até recentemente.

Realizamos a entrevista, em julho de 1997, em um de seus locais de trabalho. num dia em que previa a possibilidade de aparecimento de alguma brecha. S5 mostrou-se satisfeita por poder conversar o sobre o tema da nossa pesquisa.

S5 atende uma média de vinte alcoolistas (com aumento de procura, no inverno, dos pacientes moradores de rua) e de dezoito usuários de drogas por semana. Os familiares são atendidos eventualmente.

Gostaria que você falasse sobre sua experiência com dependentes de drogas.

S5- Como começou? O porquê da escolha? Foi uma escolha difícil?

Eu comecei a aprender a trabalhar com dependente químico por uma necessidade de trabalho, mesmo. Eu fazia a formação, na Universidade de Marília, e em um dos ambulatórios havia recursos de prefeitura, do Estado e de convênios e havia um grupo de profissionais super qualificados em psiquiatria dinâmica, de base psicanalítica, inclusive dois analistas didatas e um psiquiatra, com formação em psicoterapia analítica de grupo pela Sociedade Paulista (SPPAG). Além do ambulatório, havia diversos hospitais psiquiátricos ligados à Faculdade e um deles era exclusivamente para dependências químicas,

alcoolismo e alguns poucos com outras dependências. Não fazia parte do esquema de tratamento internar drogados, a incidência de sociopatias entre eles é grande, é complicado manter o ambiente hospitalar. Tivemos, também, supervisão do Dr. Marcelo Blaya e do Dr. Sérgio de Paula Ramos, da Clínica Mãe de Deus do Sul. Depois, quando fui para o Canadá, fiz um estágio de observação no Clark Institute, que é considerado o melhor local de recuperação de dependência química do mundo. E eles faziam coisas que a gente já havia aplicado em Garça (Estado de São Paulo) e sabíamos que não dava bons resultados, como impedir a família de ter acesso ao hospital.

Eu ouço demais que o dependente químico é um doente clínico, ele não é doente psiquiátrico. Eu acho que é a resistência mesmo do profissional em atendê-los. *O* resto é desculpa do tipo eu não sei trabalhar com dependentes (...) pode-se atender o dependente simplesmente como um doente mental, mas isso pode acontecer com o próprio doente mental, ele pode vir e eu atender em três segundos,sem olhar a cara dele, sem tirar o rosto do papel ou posso ouvi-lo.

S5 considera que a Psiquiatria clínica provoca frustrações porque as doenças são incuráveis. Assim, S5 considera que o "indivíduo pode estar ótimo mas estará ótimo como doente mental". S5 não compreende porque há tanta resistência em se trabalhar com dependentes e o desejo, de alguns, de retirarem o alcoolismo e a farmacodependência do conceito de doenças psiquiátricas.

O que você pensa do usuário de drogas?

Eu penso que é um fenômeno social. O alcoolismo apresenta maior incidência em algumas famílias, mas não acredito que seja hereditário (...) O álcool causa dependência física, então eu posso não ser alcoólatra e desenvolver uma dependência física; o alcoólatra, ao entrar em contacto com o álcool, desencadeia o beber problemático, queira ou não, começam a funcionar enzimas que apresentam uma ação diferenciada.

Em geral, a presença de mulheres para procurar tratamento é mínima, embora a incidência seja a mesma. Normalmente, a mulher bebe em casa, a sociedade aceita melhor o homem bebedor.

O que você pensa da família do usuário de drogas?

A família é de bebedores secos ou usuários secos, eles adoecem junto. A gente percebe uma grande incidência de alcoolismo em famílias que têm pais esquizofrênicos, rituais obsessivos compulsivos são mais comuns em famílias de usuários de drogas do que de álcool. Eu identifico que é um escape mesmo, se o pai ou a mãe apresentam transtorno obsessivo compulsivo, os filhos usam drogas. Outra situação comum é a de mulheres com pai alcoólico que se casam com alcoólatras. Se houver separação, casa-se novamente com outro, mesmo que o conheça sóbrio.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e aos consumidores?

A sociedade brasileira é preconceituosa com tanta coisa (...) mas não há empenho em resolver os problemas dos usuários. São penalizados, censurados, mas não se oferecem alternativas de apoio social e terapêutico para essa situação.

No Canadá, as propagandas de drogas e de álcool são espetaculares, estarrecedoras, é alguma coisa de impacto. Há grande esforço de informação e de conscientização antidrogas e álcool. As crianças são sobrecarregadas de informações sobre isso na escola (...) Não sei se isso dá resultado, mas pelo menos há empenho. As crianças da 1ª série de alfabetização vêm para casa com trabalhos e com *bottons*: diga não às drogas. Em relação à conscientização para buscar tratamento, a abordagem é esta: você pode ter um doente em casa e não saber, você pode ser um doente e não saber.

É uma situação de negação, é uma coisa complicadíssima, você ou eu, como pai/mãe, a gente tem dificuldade de enxergar que tem um filho usando drogas, então fica querendo não enxergar. Mas isso também acontece com a doença mental. Para se convencer uma família que tem um alcoólatra, é dificílimo. É muito difícil, é muito mais fácil a mulher ficar brigando com o marido porque ele bebeu demais, ou o marido ficar bebendo na presença da mulher porque ela deu vexame.

S5 considera que, com freqüência, a procura de tratamento acontece quando as pessoas não conseguem mais dissimular os efeitos da síndrome de abstinência, com a conseqüente manifestação da necessidade constante de consumir a substância.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

É a abstinência total.

Quais são os métodos e técnicas empregados em seu trabalho?

O tratamento é realizado através de grupos terapêuticos, com uma sessão semanal, os demais pacientes da unidade também são tratados em grupo.

Quais são os resultados obtidos no tratamento dos dependentes químicos.

Não são gratificantes, não. Os resultados não são gratificantes, por exemplo, essa situação de estarem encaminhando todos os dependentes químicos da prefeitura, a gente esta fazendo grupos terapêuticos. Eu percebo que esse grupo está sendo usado contra essas pessoas, para corte (demissão do funcionário) mesmo.

S5 esclarece que esses encaminhamentos são como uma faca de dois gumes porque um governo pode aceitar e estimular que os dependentes assumam a sua problemática e se tratem, mas que outro governo poderá adotar uma política de exclusão dessas pessoas. S5 explica que há uma ficha, na unidade de serviço do funcionário, que controla o comparecimento aos atendimentos. Estes se realizam no horário de trabalho do servidor.

Há como garantir o sigilo da evolução do tratamento?

Eles pedem garantias que essas pessoas estão vindo para tratamento, não os resultados. Eles pedem garantias porque eles estão liberados do trabalho para vir ao grupo e para as consultas. Por exemplo, ontem eu recebi um papel em que eu fiz um atestado de 30 dias pra um paciente que estava com uma psicose por drogas, uma mistura de álcool e cocaína. Entrei com o termo médico para se fazer uma sedação, fiz uma proposta de internação (a gente não tem nenhum lugar para internar), ele disse: não eu consigo parar de usar em casa. Falei: ótimo! que é muito melhor assim mesmo, se ele conseguir. Isso é fantástico, até a gente não precisa ficar confrontando. Bom, eu consegui aqui dentro, mas lá fora como é que vai ser? Ontem ele veio com um papel dizendo que precisava de um laudo para a Medicina do Trabalho. Eles me encaminham um paciente, como quem diz assim, você sabe tratar o caso, então, está implícito que eu sei decidir o que é melhor para aquela situação, senão não estariam me encaminhando, mas aí eu decido que é melhor afastá-lo por 30 dias, até para não expor esse indivíduo. Aí eu decido isso e eles questionam. Mas, então, justifique por que você está questionando, dá vontade de mandar para a ..., e não vou mais trabalhar com dependência química pomba nenhuma. Vocês fiquem com os casos que vocês não sabem o que fazer com eles.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante desse trabalho?

Pessoal, eu acho que existe. Profissional, eu acho que, como em qualquer outra área médica, não existe não. Se existe é pequena. (...) Eu acho que a gente trabalha com essas coisas porque é doente também. (...) Aquela coisa de Dom Quixote, estar brigando pela minoria oprimida. Eu acho que é uma coisa doente da gente que leva a fazer isso, não é nada saudável, não! A gente não tem uma remuneração decente; psiquiatra é um médico que, nas instituições, ganha mal.

Emprega alguma forma de registro da experiência e de levantamento e organização de dados dos pacientes?

O registro dos dados dos pacientes é feito, mas, não sei qual o uso que é feito dos mesmos. Penso que, se o material fosse trabalhado num programa, poderia facilitar na organização de informações e análises estatísticas.

Houve mudanças advindas da experiência de trabalho clínico em farmacodependência e alcoolismo? Quais?

Acho que quando eu comecei a trabalhar com isso, eu era uma pessoa completamente diferente, em relação à dependência química, do que eu sou atualmente. Eu me considero mais saudável, inclusive, em relação ao preconceito pessoal de estar lidando com uma população marginalizada (...) com o tempo eu passei a enxergar que algumas pessoas podem não ser o paciente ideal, *essa* situação do início, da gente querendo que todo mundo seja o que a gente quer. Quando a gente consegue dizer: Que bom! Eu consegui! É assim, são pessoas, têm dificuldades enormes e estão lidando com uma doença. A compreensão de que uma recaída faz parte do tratamento, eu adquiri há pouco tempo: "conseguir perdoar o paciente de ter feito aquela sacanagem comigo".

S5 não publicou artigos científicos sobre o tema. Participou, uma vez, de uma mesa redonda num congresso de Psiquiatria. É convidada, com freqüência, para fazer palestras para leigos.

S5 assinala as dificuldades de identificação e enfrentamemto das situações de dependência química no ambiente familiar; acredita que as resistências são tão grandes quanto o são para as doenças mentais.

Quanto a gratificação pessoal e profissional, S5 declara-se frustrada com os resultados dos tratamentos com pacientes psiquiátricos que, segundo ela, podem estar ótimos, mas, como doentes mentais. Em relação ao aspecto financeiro, sente-se insatisfeita com a remuneração paga pelas instituições e com as condições de trabalho. S5 assinala que a precariedade das condições de trabalho deve-se ao excesso de pacientes a serem atendidos e às limitações em sua liberdade e autonomia profissional, à medida que o resultado do tratamento de funcionários municipais pode ser usado para demití-los se não atingirem os objetivos esperados por algumas chefias.

S5 avalia que atualmente é mais tolerante com as recaídas dos pacientes, o que anteriormente recebia como um ataque aos seus esforços, considerando-se mais flexível para aceitar e tratar a realidade dos doentes mentais em geral e dos dependentes químicos.

S6Médica Psiquiatra / Psicodramatista

S6 cursou Medicina na Universidade do Amazonas, especializou-se em Psiquiatria na Casa de Saúde Dr. Eiras e em Psicodrama pela Escola Paulista. Trabalhou na região amazônica e no estado do Rio de Janeiro; atualmente atua nas cidades de São Paulo e de São José dos Campos, São Paulo. A entrevista com S6 foi realizada na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) - único serviço público de atendimento a urgências psiquiátricas do Vale do Paraíba - da Prefeitura Municipal de São José dos Campos, São Paulo, em março de 1997. Apesar da expressão cansada; decorriam onze horas do início do seu plantão, S6 mostrou disponibilidade em participar da pesquisa o que foi confirmado pelo interesse mostrado durante a entrevista.

S6 discorre com entusiasmo sobre a sua decisão de exercer a Medicina, escolhendo atender pacientes psiquiátricos. Relata que na adolescência já tinha interesse em ajudar; recolhendo pessoas das ruas para cuidar e alimentar em sua casa. Sua família comentava - depois que se graduou - que S6 só atendia "gente esquisita e de aspecto repugnante".

É responsável pelo atendimento dos alcoolistas e drogadependentes de um Hospital Psiquiátrico, além dos plantões na UPA e num Hospital da periferia de São Paulo. Trata dependentes químicos desde 1989; sua primeira experiência foi na Casa de Saúde de Volta Redonda no rio de Janeiro, atualmente, atende uma média de 80 pacientes e 30 famílias por semana.

Inicialmente, solicito que S6 relate sua experiência no atendimento de usuários de drogas.

> A minha experiência com pacientes usuários de drogas, eu atendo cerca de uns trinta pacientes de manhã no Município de São Paulo (PAS - Programa de Assistência à Saúde), uns trinta pacientes no hospital de São José dos Campos e uns trinta aqui pela prefeitura (UPA e HD de São José dos Campos).

Os pacientes de São Paulo e do Hospital de São José são diários, de segunda a quinta feira, na sexta, são mais trinta, aqui. Então, se a gente computar, essa população é imensa. E, em São Paulo, a gente tem uma grande parte dos adolescentes que são usuários de "crack", mais do que cocaína.

Eu trabalho no PAS do Jardim São Carlos, Guaianazes, na zona leste de São Paulo. É uma região pobre, onde o "crack" é o número um, porque é de fácil acesso e menos caro. São adolescentes de 15 até 21 e 22 anos. Os pacientes daqui de São José, os dependentes químicos hospitalizados que eu trato, são pacientes que usam álcool, usam cocaína inalada e eventualmente alguém usa "crack". Eu percebo que geralmente quem usa "crack", aqui é oriundo do litoral. Aqui, na Saúde Mental, a gente tem uma grande maioria que são alcoólatras e usuários de cocaína aspirada, além de solventes, que são as colas utilizadas pelos meninos de rua. Com alguns pacientes de São Paulo, depois de grandes dificuldades, eles me cederam uma equipe de um psicólogo e um assistente social, para realizarmos um tratamento baseado no psicodrama ,além do tratamento medicamentoso. O grupo tem apresentado bons resultados. Eu estou muito satisfeita com o tratamento lá. No hospital, psiquiátrico daqui, a gente tinha a dinâmica de fazer grupo, eu também quis implantar o psicodrama, e lá eu tenho uma equipe com psicólogo e assistente social, só que é uma coisa atípica, porque nós temos que dar alta para os pacientes em trinta dias. Assim, nós temos pouco tempo, esse grupo é um grupo de alta rotatividade. Eu notei que, com os grupos, houve redução de uso de álcool e de maconha que entrava no hospital. O tratamento instituído é para aumentar a auto-estima, na base de antidepressivos e ansiolíticos, é basicamente o que a gente faz. Alguns paciente, com alteração orgânica ou um distúrbio de conduta, ou algo assim, são medicados com Tegretol.

Eu acho que a instituição deveria oferecer melhores condições, no sentido de a gente ter maior acesso à medicação. A gente tem, só, alguns medicamentos e o tempo que o sistem,a único de saúde (SUS) não nos dá. Você tem, no máximo 30, 45 dias, você tem que justificar para manter o paciente hospitalizado. Outra

coisa que eu vejo é que a família não é trabalhada para aceitar o paciente. Os pacientes aqui da UPA são mandados para os ambulatórios (UAISM), que são deficitários. Na rede municipal, nós temos um número maior de medicamentos, mas nós temos falta de profissionais, então, quer dizer, você tira o paciente do estado agudo e encaminha para a UAISM e o tratamento não é feito, porque eles só conseguem ser enquadrados numa triagem em 30, 60 dias. Quando eles conseguem, passam por um psicólogo e um psiquiatra. Às vezes, eles não conseguem, porque está faltando gente na rede, e não há contratações. No município de São Paulo, o PAS tem atendido grande parte da população, mas também é deficitário em questão medicamentosa, mas eu tenho ficado gratificada por conseguir manter o grupo agregado; eles têm dificuldades de locomoção até o posto, mas eles não perdem o grupo.

Eu quis fazer um grupo só com meninos de quinze anos, mas ninguém topou, ninguém bancou isso. Eu morava no Rio e trabalhava em São Paulo, então eu não me importava de me expor, mas a Psicóloga, que morava nas proximidades do Posto e conhece parte dos garotos que usam drogas e traficantes, achou que isso era um risco, então ela não topou. A assistente social ,a mesma coisa. Eu tinha um colega que por sinal, morreu recentemente enfartado, ele dizia:- eu jamais faria o que você faz, eu não me exporia. Eu, pensando, agora moro em São Paulo, então não é do outro lado do mundo e faço vínculo com aqueles garotos e eu não acho que corro risco, como aqueles que se sentem profundamente ameaçados. O pessoal (profissionais) que mora no bairro, que convive com eles (usuários de drogas) sente-se ameaçado, eles não bancam.

Eu acho que eles já fizeram muito, eles me cederam a psicóloga e a assistente social, que era a única para toda a unidade. Quando a gente fica no grupo de psicodrama, uma hora e meia, deixa de assistir várias pessoas e a psicóloga, também. Eu deixo de atender vários outros pacientes por causa deste grupo. É o mínimo que a gente pode fazer, e a gente está fazendo.

S6 aponta as dificuldades dos locais em que trabalha - PAS, Saúde Mental e Hospital psiquiátrico - para atender e tratar os usuários de drogas com agilidade, assumir um compromisso de continuidade de assistência, bem como para suprira carência de atendimento familiar e psicoterápico. A ênfase no tratamento está na consulta, na qual a medicação é prescrita. Um grupo terapêutico (psicodrama) constitui, de acordo com S6, uma atividade atípica, uma concessão com caráter de sofisticação (para as condições de trabalho de serviço público), com prejuízos para os pacientes que aguardam atendimento.Outro ponto que S6 ressalta, em sua experiência profissional, é a ameaça que o usuário de drogas representa para parte dos profissionais de saúde mental.

Nos seus diálogos com os colegas, o que você sente deles em relação a esta população de pacientes?

Muitos deles não querem tratar e muitos deles não sabem nem tratar.

Você fala da exclusão familiar dessas pessoas, da exclusão social e com relação aos profissionais ?

Uma parte da população também exclui. No consultório particular, no serviço público, no estado, na prefeitura, a tendência é esta. Eu é que estou querendo tratar.

Tenho observado que nas UAISM (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental) há uma tendência para que o atendimento do usuário de drogas seja centralizado em um dos profissionais. Isto ocorre porque é conveniente para os demais? Ele tem formação específica, habilidades diferenciadas?

Olha, para te falar a verdade, eu cheguei no hospital psiquiátrico, e me colocaram:" você vai ficar com a ala de dependentes químicos. Não foi uma

opção minha, estava lá o dependente químico sobrando". E eu fui tratar do dependente químico. Como eu sou psiquiatra, lá eu sou a única que trato dessa população. Um colega de lá encaminha os viciados e deficientes mentais para a minha porta. Ele não queria, queria os neuróticos, os psicóticos. Ele era psicanalista, ele não queria essa população, então, vinham para mim. E, hoje em dia, todos os pacientes ficam comigo, é uma sobrecarga muito grande, e eu estou pedindo alguém para me substituir. Quer dizer, não é uma escolha pessoal, eu faço psiquiatria desde antes de formada, no terceiro ano eu já comecei a estagiar num hospital psiquiátrico. Para mim, o psicótico, dependente químico, neurótico é tudo doente mental, e eu trato, eu faço Psiquiatria.

Há profissional que diz abertamente que não atende dependente químico, tem psicóloga que diz, eu não quero tratar com crianças deste tipo.Eu trabalho com emergência, então eu vou ter que lidar com todos eles, não é escolha eu tratar com este ou com aquele. 'Quando eu chego no Hospital psiquiátrico, a ala, para mim, é a do dependente, que ninguém quis tratar'.

O que você pensa do usuário de drogas?

Tem muito a ver com rebaixamento de auto-estima, com a família, que acredito que é desestruturada e com uma predisposição ao uso. Você vê gente que tem acesso à droga e não usa, e se usou não usa mais, ou só provou e não usa, quer dizer, tem que haver uma predisposição para o uso.

Eu vejo que a área médica é muito doente, vários profissionais se automedicam e todos têm acesso, mas nem todos usam medicamentos.

Em relação as drogas utilizadas, observa que o 'crack' é mais consumido pela classe baixa, mas que o uso está se espalhando para as classes mais favorecidas. Argumenta que é uma droga de fácil acesso e que proporciona intensa euforia; a cocaína é mais

utilizada pelas classes média e alta. Na periferia de São Paulo, onde S6 também trabalha, atendendo pessoas de baixa renda que sobrevivem com um salário mínimo, afirma que o uso de "crack", segundo ela é predominante.

O que você pensa da família do dependente de drogas?

Eu percebo que a família é um fator, parte disso tudo, eles são rejeitados antes, durante e após, (o uso de drogas) eles são sempre rejeitados.

O que você tem observado nessas famílias?

São famílias difíceis, mas o que eu noto é que o profissional mal tem tempo para tratar o dependente químico, e não há ninguém que queira lidar com esse serviço. Quer dizer, acho que a família não agüenta, não tem estrutura, tem dificuldade de estabelecer uma estrutura. Imagina, você tem pouquíssimo tempo para dedicar ao paciente.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação ao consumidor de drogas e às drogas?

É uma postura falsa, porque aceita-se que a pessoa beba, é permitido que o sujeito fume, querem liberar a maconha, todas essas substâncias são drogas. Então, a gente permite que a família se alcoolize, a mulher é permissiva com o marido que fica alcoolizado todos os finais de semana, os filhos percebem que o pai se alcooliza e isso é considerado normal. Assim como fumar, às vezes, na família, o pai a mãe e o filho adolescente usam maconha e dizem que não faz mal e é lógico que faz.

Quais são as suas motivações pessoais para atender dependentes de drogas?

Não é uma opção, eu trabalho em Psiquiatria tanto com dependente químico quanto com neurótico, psicótico, não tem escolha. Quando ninguém vai ver os dependentes e que a escolha recai sobre mim, tudo bem, eu trato.

Alguma motivação específica para atender essa clientela?

Não tem nada de específico para trabalhar ou não trabalhar, eu não escolho, faço o grupo de dependentes. Mas não há nenhuma motivação.

Quais são os seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Vai depender do comportamento dele, do que ele usa, do que se espera da família dele, do que ele espera do tratamento. Porque, às vezes, o paciente é trazido obrigado, porque ele está quebrando ou batendo, então ele mesmo não se conscientiza que tem problemas, ele tem o controle da situação. O que você pode esperar de uma pessoa que não se acha doente?

Quais são as técnicas e métodos empregados no seu trabalho?

Estou achando que o psicodrama, para um grupo de alcoólatras e dependentes de drogas, em Guaianazes (bairro da cidade de São Paulo) tem surtido efeito, eles têm se mantido agregados; até mesmo dentro de uma instituição, que é um negócio atípico, porque nós temos que dar alta em trinta dias, eles têm se mantido dentro da terapia e têm feito menos uso de álcool até dentro da instituição, porque, às vezes, entrava drogas e tudo o mais, álcool e essas coisas. Então, quando ele faz parte da equipe que participa da terapia, ele diminui, ele não usa, ele realmente se conscientiza. Os que estão dentro da psicoterapia são mais capazes de discutir esse problema. Eles questionam o tipo de vida que têm levado, coisa que antes não acontecia.

Quais são os resultados obtidos em seu trabalho?

O grupo tem apenas seis meses de implantação, é preciso mais tempo para avaliarmos os resultados em relação aos pacientes que só recebem medicação.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante de seu trabalho?

Eu gosto de trabalhar. Eu ganho dinheiro com o meu trabalho, agora eu acho que merecia mais, todo mundo que trabalha na área de saúde merecia ganhar muito melhor, se cansaria menos e seria mais produtivo (...) Eu atendo cerca de oitenta pacientes por semana.

Como fica a sua saúde mental e a dos demais profissionais que trabalham nessas condições?

Nós precisamos de reciclagem, nós precisamos de terapia, nós precisamos de assistência. A prefeitura (de São José dos Campos) fez um programa que abrangeu o pessoal dos ambulatórios; os profissionais do plantão, por ser de 24 horas e atender direto, não foram incluídos. Nos outros locais, nem se pensa a respeito da saúde mental do profissional, você dá a sua contribuição, faz, por exemplo, cooperativa, onde você tem uma produção a ser dada e não há questionamento e você vê pessoas do meio da saúde mental, muitos profissionais doentes, em virtude disso (...) o profissional, quando vê o outro doente, tem a tendência de ter uma atitude de passar a mão na cabeça dele, para não causar constrangimentos. E não há nenhum lugar que, pelo menos, cogite fazer um tratamento. Eu conheço mais psiquiatras bem estruturados do que mal estruturados, mas estes existem.

Quais são as dificuldades encontradas na área de tratamento de farmacodependentes?

As dificuldades encontradas são de recursos financeiros e de encontrar profissionais para se dedicar a esse tipo de trabalho. Os profissionais que se sentem ameaçados pelos traficantes, a instituição não dá proteção. O paciente que não tem dinheiro para o transporte, a medicação para o tratamento, que em alguns locais de trabalho há e em outros não.

Às vezes, a mulher é ameaçada pelo traficante, o marido usa droga e bate nela, a família é conivente, não há proteção policial, ela não tem consciência. A gente tem que lidar com essas coisas e não tem recursos (...) para conseguir alguma coisa tem que ir mesmo no papo da sedução. Você não tem nenhuma equipe, você tem equipe de cobrança. 'E outra coisa é que eu acho que o médico é totalmente desprotegido, porque qualquer pessoa pode registrar um boletim de ocorrência de fatos inventados ou até de fatos reais e você é chamado a prestar depoimentos'.

Houve mudanças em sua compreensão do fenômeno do uso de drogas, no decorrer de sua experiência? Quais?

Em cada lugar o paciente reage à medicação de uma maneira. No Norte do País, eles têm muito mais resistência a certos medicamentos do que os do Sul. O Fenergam venoso, no Norte, faz a sedação, mas dificilmente provoca perda de consciência ou estado de coma. Aqui, a aplicação intramuscular tem resposta imediata nem é preciso fazer aplicação endovenosa. Com os antidepressivos, noto que é preciso dosagens mais altas, usam-se tantos benzodiazepínicos que aqueles diminuem a sua ação. Enquanto no Norte um comprimido de Diazepam faz a pessoa dormir o dia todo.

S6 considera que os medicamentos interagem de maneira desigual por motivos culturais, raciais e pela distribuição diferenciada de psicopatologias em cada região. Afirma, também, que é fundamental o respeito às peculiaridades de cada cultura e que os tratamentos não podem ser unificados.

S6 não publicou trabalhos sobre dependência de drogas, não realiza levantamento sistemático de dados clínicos registrados em prontuários.

S6 observa que os profissionais que atendem dependentes de drogas precisam ser melhor preparados e assistidos para exercerem suas funções. Aborda a importância da psicoterapia no tratamento dos dependentes e a precariedade das condições para executá-la, devido ao grande número de pacientes que precisam ser diagnosticados e medicados.

S6 observa que não tem sido uma escolha pessoal (nem das instituições), trabalhar com esta população. Considera que, os baixos salários provocam a necessidade de trabalhar em diversos empregos e configuram um risco à saúde mental destes profissionais.

4.2 Enfermeiras

S7 Enfermeira

S7 graduou-se em Enfermagem pela Escola Venceslau Brás de Itajubá, Minas Gerais. É especializada em Metodologia de Pesquisa Científica pela Fundação Osvaldo Cruz do Rio de Janeiro. Participou do tratamento de alcoolistas, em 1986, no Hospital Psiquiátrico Pedro II, Rio de Janeiro. A partir de 1987, trabalhou com dependentes na cidade de Três Pontas e posteriormente na Prefeitura de Itajubá.

Atualmente, atua em uma das UAISM (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental) de São José dos Campos, São Paulo, onde a entrevista foi realizada no primeiro semestre de 1997. Atende uma média semanal de aproximadamente vinte usuários de drogas e quatro famílias destes pacientes.

No início da entrevista, S7 efetuou um breve relato histórico do atendimento de dependentes químicos em São José dos Campos. Com a desativação do Centro de Toxicologia (1995) os pacientes alcoolistas e drogadependentes passaram a ser atendidos nas unidades de Saúde Mental. Das quatro UAISMS, a da região Leste foi a primeira a ser instalada, seguida da Sul, Centro e Norte, implantadas em 1996 dentro do novo plano de Saúde Mental do Município. S7 esclarece que não são todos os profissionais da UAISM que atendem a população de dependentes químicos.

> Eu tenho disponibilidade para estar atendendo o usuário de droga. É um trabalho que eu gosto de fazer. Eu participei de um trabalho no Rio de Janeiro, outro em Três Pontas, em Minas, com usuários de drogas e de álcool. Eu me propus a atender essa população para dar continuidade ao trabalho desta Unidade, que era conduzido por um médico e uma assistente social. O médico se afastou e o contrato da assistente social terminou, então eu fiquei responsável pelo grupo junto com a outra assistente social. Como a gente trabalha em equipe, então, quando é necessário, o paciente é encaminhado para atendimento

psiquiátrico ou para terapia individual, com o psicólogo, mas é basicamente em grupo que se atende essa população (...) Hoje, a Unidade atende uma média de 150 dependentes de álcool e 39 de drogas, que participam regularmente dos grupos. A gente não separou o grupo de usuário de drogas do de álcool. Agora, está surgindo uma outra demanda de adolescentes, usuários de "crack". Então, a gente está repensando o trabalho, já está criando um grupo separado de adolescentes, só com usuários de drogas.

Como os pacientes procuram o serviço da unidade?

Por encaminhamento de escolas, pelo conselho tutelar, alguém da família, ou colega, que indica.

Nessas condições como ocorre a adesão ao tratamento?

É uma questão de sedução. A gente fica conversando, fazendo um vínculo com a pessoa, às vezes ela fica assim: some por seis meses, de repente ela volta, "hoje eu estou precisando, eu quero participar". Então é sedução mesmo, o Conselho Tutelar exige que a pessoa participe, de alguma forma, de algum grupo. O usuário de drogas, principalmente adolescente, é difícil aderir ao atendimento. O grupo maior é de usuário adulto. Nesse tempo (três anos de trabalho), nós já tivemos algumas altas. É muito gostoso, o paciente vem aqui só para falar que: "ainda não estou bebendo, ainda não estou usando droga. Eu consegui esse tempo todo". É bom por isto, já tivemos umas seis altas;o critério é de disponibilidade.

Eles colocam a abstinência como meta?

Eles colocam, é perspectiva de vida. A semana passada, um paciente vinha assim, oferecendo trabalho, "eu sou pedreiro, estou hiperbem, dei uma festa em casa, enchi o 'freezer' de bebida, o pessoal fumou maconha à vontade, e eu não senti vontade, eu estou com outra proposta de vida, agora". É gratificante isto, mas a maior dificuldade que a gente tem é a incapacidade mesmo, a gente está assim, a gente sente necessidade de maior experiência, uma coisa diferente para trabalhar.

É uma coisa que a gente vem pedindo exaustivamente para o Município, para a coordenação, porque antes nós tínhamos supervisão técnica: por uma questão administrativa acabou, e a gente vem brigando para voltar essa supervisão (era quinzenal), principalmente para o atendimento do dependente químico.

No momento, cada um está pagando supervisão separada, eu pago a minha, as psicólogas, as delas, para a gente dar conta disso tudo. Eu acho que este ano a gente vai conseguir novamente as supervisões, mas foi uma questão assim, terminou o contrato do supervisor e o coordenador esqueceu de renovar o contrato em tempo, para que não houvesse interrupção. E não foi feito.

S7 esclarece que a equipe de sua unidade decidiu que a adesãodo dependente deve ser espontânea. Se ele se afasta, não fazem visitas domiciliares nem mandam cartas como as outras unidades. A prioridade é o paciente psicótico. Ainda não há nenhum grupo organizado para atender regularmente os familiares, mas há intenção de iniciá-lo em breve.

S7 explica que o grupo é coordenado por dois técnicos porque nem sempre é possível a presença de dois destes profissionais.

Como você caracteriza a sua clientela usuária de drogas?

A minha clientela efetiva está entre 20 e 45 anos de idade. Mas, como eu tenho uma demanda reprimida de adolescentes, estamos pensando na criação, na reativação do

COMEN (Conselho municipal de Entorpecentes) e aí discutimos que temos uma clientela reprimida, que está esperando para ser encaminhada para cá, que é do SDS (Secretaria do Desenvolvimento Social); o pessoal do serviço social tem uns vinte adolescentes para enviar, mas estou aguardando porque a gente não tinha criado um trabalho, ainda, só para adolescentes.

Quanto às formas de uso de drogas S7 diz que:

Eu tenho pensado, nos últimos dias, sobre essa questão, nós temos que pensar na diferenciação, mas, antes eu não pensava, quer dizer, quem faz uso caminha para a dependência. Agora eu já tenho pensado nisso, pessoas que fazem uso há muito tempo e *não chegaram à dependência ainda* .

S7 comenta, da mesma forma que outros entrevistados, que há uma demanda reprimida de adolescente. A procura pela UAISM ocorre quando os usuários sentem-se pressionados pela polícia, pela família, pelo sofrimento psicológico ou por debilidades orgânicas.

S7 expõe que nem sempre é fácil para os pacientes confiarem nos profissionais e na situação de terapia grupal, ou seja, a ameaça é de que o compromisso de sigilo possa ser quebrado pelos terapeutas ou pelo grupo.

O que você pensa da família do usuário de drogas?

Essa família é sempre muito complicada, na maioria dos usuários a família é totalmente desestruturada. Falta um membro da família, um pai ou uma mãe, falta presença do pai, o pai é alcoólatra, é sempre uma família desestruturada.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação as drogas e aos consumidores de droga?

Ela é repressora, mas ela ignora. Ela é repressora no sentido de querer ficar bem longe do usuário, mas, de certa forma, ela cobra punição, porém, ela fica longe, não pensa, não pára para pensar o que fazer de uma forma não repressora.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Eu acho que pela dificuldade mesmo, pelo desafio. É muito fácil trabalhar com um psicótico, então eu acho que a gente já tem um projeto. E para o dependente químico, não, é um desafio, eu acho que é por isso, de teimosia mesmo (...) eu gostaria de ter uma proposta interessante para o usuário. É uma população que carece de atendimento.

Quais são seus objetivos ao tratar usuários de drogas?

Reerguer essa pessoa, aumentar a auto-estima, eu fico muito angustiada e depende muito de como eu "pego".

S7 não espera que os pacientes consigam manter abstinência total.

Quais são os métodos e técnicas empregados em seu trabalho?

É marcada uma entrevista individual, em que é feita a proposta de tratamento, o atendimento é uma consulta de enfermagem, eu trabalho as questões orgânicas; se for a assistente social, ela vai dar um enfoque mais social, então é feita a proposta de trabalho, que será desenvolvida em grupo terapêutico. Há dois horários para grupo e oferecemos o Tai Chi (conduzido por um médico), na

sexta-feira. O paciente é convidado a marcar horário na agenda, se ele quiser conversar em estado de abstinência; se estiver intoxicado e a família telefonar, encaminhamos para a UPA, para passar pela desintoxicação.

S7 avalia que os resultados do sistema de tratamento são o aumento do período de abstinência e um pequeno número de altas:

"quando o paciente deixa de fazer uso espontaneamente".

Os dados dos atendimentos são registrados e enviados para à coordenação de Saúde Mental que elabora o relatório anual.

Qual é a gratificação pessoal e profissional obtida em seu trabalho?

Eu acho que a experiência é nova; a população que atendi em Três Pontas era completamente diferente da população que eu atendo aqui, então acho que acrescenta experiência à minha carreira.

Quais são as dificuldades encontradas em seu trabalho?

Capacitação, reciclagem, outra grande dificuldade é o encaminhamento, a forma de encaminhamento, a gente precisa estar trabalhando melhor, unir a Educação, o Serviço Social e a Secretaria de Esportes para podermos trabalhar juntos.

A sociedade quer excluir o problema, quando a escola ou a família encaminham querem uma resposta imediata (...) e a sociedade de uma forma geral não quer se contaminar. A gente tem que trabalhar todos os segmentos da sociedade.

Quais são as fontes de informação sobre drogadependência que você utiliza?

São revistas, a da associação médica tem publicado alguns artigos, a revista Enfoque, ela coloca alguma coisa. É muito pouco, é mais troca de experiência. É isto que a gente tem.

No transcorrer de sua experiência, houve mudanças em sua compreensão da dependência de drogas? Quais?

> Eu sou de uma cidade do interior, fiz faculdade orientada por freiras, a igreja é altamente repressora, ela vê o dependente químico como marginal e não como pessoa com sofrimento mental. Eu também vim com isto, então, com o trabalho, eu mudei essa concepção (...) eu vejo que ele precisa de ajuda e eu, como profissional, posso dar.

S7 não escreveu artigos científicos, e não tem participado de congressos ou simpósios. Afirma que a falta de informações é grande. S7 ficou cinco anos trabalhando na área administrativa.

> "Eu fiquei muito tempo longe da questão da saúde mental e me desliguei, não participei de nada".

S7 enfatiza as dificuldades relativas às condições de trabalho no Serviço Público, com destaque maior para a falta de reciclagem, supervisão e de psicoterapia pessoal. Salienta, ainda, as improvisações e mudanças no tratamento decorrentes de freqüentes substituições de profissionais, além da falta de formação geral e específica para o atendimento a usuários de drogas. Outro aspecto a ser assinalado é a expectativa futura de novos projetos de atendimento à demanda. As melhoras nas condições de atendimento técnico estão por acontecer. Assim os adolescentes serão atendidos em grupos específicos, os dependentes de álcool serão separados do grupo de alcoolistas e os familiares serão atendidos com regularidade por solicitação dos próprios dependentes. Se, por um lado, há o empenho de S7 para atender a clientela, por outro, há uma grandeangústia diante da consciência das limitações institucionais e pessoais para lidar com essa clientela. Observamos que S7 atribui-se um alto nível de responsabilidade individual pelas condições e resultados de seus atendimentos.

S8 Enfermeira

S8 graduou-se em Enfermagem pela Universidade de Taubaté, Estado de São Paulo. Durante o período de um ano e oito meses entre 1995 e 1996, atendeu dependentes de drogas na UPA (Unidade de Pronto Atendimento Psiquiátrico) e durante quatro meses, em uma UAISM (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental) da prefeitura de São José dos Campos. Há dois meses retornou à UPA e para o recém- criado Hospital Dia onde realizamos a entrevista, em abril de 1997. S8 Atende uma média semanal de vinte pacientes usuários de drogas; não trata os familiares. Sua primeira experiência no atendimento a dependentes químicos foi realizada na UPA.

No início da entrevista, solicitei que S8 relatasse sua experiência profissional no atendimento a usuários de drogas.

> Quando eu vim trabalhar aqui, eu não tinha nenhuma experiência nessa área, você vem com uma visão bem diferente do que é o dependente químico. Quando você chega, aqui, vem com certos conceitos totalmente diferentes; apesar de já ter estudado isso, você muda muito a sua forma de pensar, a sua visão de trabalho, e até a vida da gente. Eu, como profissional de Saúde, percebo que o trabalho com o dependente é lento, de persistência e também de muita conscientização do próprio paciente e deve ser um trabalho muito ligado à família, para se ter resultados efetivos.
>
> A UPA é uma unidade de urgência. Os pacientes são assistidos durante a crise e passam por um período de desintoxicação. Em geral, o atendimento dos pacientes deve-se a graves estados depressivos, tentativas de suicídio, agitação psicomotora, e crises de agressividade. Durante a permanência, o paciente e a família são orientados a dar continuidade ao tratamento. (...)
>
> O hospital- dia ainda não está recebendo dependentes químicos, visto que, a experiência de agrupá-los com os demais pacientes mostrou para à equipe que eles não se adaptam.

Segundo S8, a equipe está procurando obter mais recursos financeiros e humanos para atender os dependentes químicos. A UPA tem a experiência anterior com um grupo de dependentes que se formou a partir de um adolescente usuário de drogas que convidou seus conhecidos para se tratarem na Unidade.

O que você pensa do usuário de drogas?

Eu penso que é um indivíduo que chega à dependência por causa de conflitos não resolvidos, que foram surgindo do contexto familiar. É um indivíduo excluído pela sociedade, pela família e que precisa de muita atenção e também, muitas vezes, de colocação de limites e de conhecer a realidade. Mas ele tem uma doença e, que muitas vezes, é excluído, como se fosse uma pessoa que está nesse caminho porque quer.

Como você caracteriza essa população?

A origem deles é diversa, tanto de baixa renda, classe média, média alta, de variados níveis de escolaridade. Muitos não têm família, moram na rua, vivem em grupos, na rua. Há aqueles que têm família, têm uma estrutura familiar adequada; então, a droga atinge todos os níveis, tanto econômicos quanto sociais.

O que você pensa da família do usuário de drogas?

Eu acho que, quando o indivíduo chega a usar droga, eu percebo que não só ele é o problema, o restante da família não usa drogas mas tem problemas que precisam ser trabalhados. Ele, por ser uma personalidade, muitas vezes, mais frágil, procurou a sua resposta na droga e não conseguiu sair dali, vieram outros problemas. A família tem tantos problemas quanto ele. Muitas vezes, usam o dependente químico como bode expiatório, para amenizar os seus problemas.

Como você tem observado estas famílias?

Eu percebo que, apesar de a família estar fisicamente junta, emocionalmente está havendo a desagregação familiar. Usam-se várias justificativas, como a falta de tempo, mas falta a base religiosa, a ligação afetiva, a atenção (...) *o básico é a estrutura familiar, onde há um usuário de drogas não existe um bom relacionamento familiar.*

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e aos consumidores?

A sociedade, em certos momentos, procura ter uma atitude, mas na maioria das vezes a gente percebe que ela fica de lado, não participa muito, como se pode ver na própria família. Se acontece algum caso que é bem divulgado, a sociedade se mobiliza. Mas, na maioria dos momentos, não há grande valorização do assunto, a não ser quando se tem um problema na própria família.

S8 pondera que a sociedade brasileira se omite, ocorrendo momentos breves de mobilização, faltando porém, conscientizar-se da extensão do consumo social de drogas.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

É muito gratificante a gente trabalhar, quando você vê resultado, mais rápido do que num ambulatório ou hospital- dia - por isso que eu gosto de trabalhar num lugar de urgência. A gente vê o paciente que chega muito mal, tanto da parte clínica quanto na parte psíquica, prejudicado, deficiente, e ele sai daqui lúcido, orientado, clinicamente bem, psiquicamente bem. Então, isso é uma grande motivação, eu tenho certeza que não só para mim, mas, para toda a equipe; você vê o trabalho feito, você vê um trabalho realizado. Você pode fazer alguma

coisa por aquele ser humano. Muitas vezes você adquire até um pouco de vínculo com ele.

Quais são os resultados obtidos no atendimento a usuários de drogas?

Não poderia dizer que são totalmente bons, que são ótimos, vamos dizer que são de regular a bom, porque ele não tem continuidade. O paciente sai daqui de alta, sai bem, como eu falei, sai lúcido, orientado, e esse paciente precisa de uma continuidade, e a gente percebe que daqui a dois, três meses ele está aqui de novo. Então, aqui na UPA ele teve resultado, foi ótimo aqui, mas se eu for comparar, falar desse resultado depois, ele não vai ter. Não temos como avaliar o resultado por falta de trabalho continuado. Apesar das dificuldades do serviço municipal em garantir a continuidade, percebemos que alguns continuam o tratamento e não voltam a usar drogas.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante de seu trabalho com usuários de drogas? Quer acrescentar algo?

É, porque financeira não tem muita mesmo. A gratificação que pesa mais é realmente você gostar do que faz, porque eu gosto muito do que eu faço.

Quais são as principais dificuldades encontradas?

A gente tem alguma dificuldade de espaço físico, recursos humanos, mais profissionais, cursos de atualização e de reciclagem, que não temos e precisaríamos ter.

Quais são as fontes que você utiliza para se informar sobre uso de drogas?

Os livros de Psiquiatria, de doenças psiquiátricas, livros na área de saúde mental e de psicopatologia ligada a drogas.

Houve mudanças em sua compreensão sobre a toxicodependência no decorrer de sua experiência?

Mudou, mudou sim. Antes era aquela visão assim: o paciente passa por internação e acabou o problema dele. Ele vai voltar a usar drogas, se ele quiser. Então, muda nesse sentido, você vê que ele tem uma doença e não depende só dele o tratamento. Depende da família, da sociedade e do próprio governo, também, estar dando veículos para ele conseguir sair disso.

S8 realizou algumas palestras em escolas e no CTA (Centro Aéreo Espacial); não publicou artigos científicos sobre drogadependência.

Os resultados imediatos "do cuidar da crise" são gratificantes para S8, embora eles não se sustentem no transcurso do acompanhamento mais prolongado dos pacientes. Se lembrarmos que a OMS conceitua Saúde como um estado de bem-estar físico, social e mental, a concepção de melhoras apontada por S8, negligencia o aspecto psicossocial do paciente, que emerge da crise com boa aparência e com a situação clínica e psiquiátrica "normalizadas".

As colocações de S8, a respeito das famílias de usuários de drogas, são concordantes com os conhecimentos atuais encontrados na literatura científica, embora tenha declarado que não atende famílias. Assim, focaliza as dificuldades dessas famílias no plano do relacionamento emocional - ainda que seja uma família estruturada em outros aspectos -bem como a importância de que sejam tratadas, à medida que o membro drogadependente passa a ocupar a função de bode expiatório. Ao comentar suas mudanças

na compreensão da dependência química, S8 revela flexibilidade, capacidade de observação clínica e de aprender com a experiência. Afirma, ao contrário do que pensava anteriormente, que a abstinência não depende de um período de internação para desintoxicação e que esses pacientes não se tratam apenas com o esforço próprio: é necessário, por não se tratar de uma mera questão de quer ou não, uma conjunção de empenho individual, familiar e social, criando locais adequados com abordagem específica para o atendimento dos transtornos relacionados a substâncias.

S9 Enfermeira / psicanalista

S9 é enfermeira e psicanalista. Graduada em Enfermagem pela UNITAU (Universidade de Taubaté) Estado de São Paulo. fez curso de especialização em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo e psicanálise pelo CEP (Centro de Estudos Psicanalíticos de São José dos Campos, São Paulo).

Sua experiência com tratamento de usuários de drogas foi iniciada em 1988,no Centro de Toxicologia da Prefeitura de São José dos Campos, extinto em 1995. Trabalhou no Programa Escola da Vida, da Secretaria da Educação do Estado de São Paulo, em 1994/1995.

Atualmente, trata uma média semanal de quatro drogadependentes em consultório particular. A entrevista foi realizada em maio de 1997. S9 manifestou entusiasmo por poder participar da pesquisa e ter oportunidade de conversar sobre a sua experiência profissional no tratamento de dependentes de drogas.

Solicitei, inicialmente, que S9 relatasse sua experiência no tratamento de transtornos relacionados a substâncias psicoativas.

> A minha experiência com usuários de drogas começou em 1988, no Centro de Toxicologia; antes, eu trabalhava no ambulatório de Saúde Mental do Estado, e optei pela área de dependência química. Trabalhei no ambulatório de toxicologia até 1995, quando foi desativado, e também trabalhei em alguns projetos de prevenção na área de uso indevido de drogas. O trabalho que eu fazia no ambulatório era de atendimento individual, em grupos, orientação a familiares (...) O que me chama a atenção é a interação entre família e o usuário. Fica muito difícil tratar o usuário sem abordar a família, porque fica muito clara a dinâmica familiar interferindo e resultando no usuário de droga. Então, na minha experiência, sempre foi dada muita importância à questão familiar, a gente sempre trabalhou em parceria: um profissional atendendo o indivíduo o outro atendendo a família. Outras vezes, em que o usuário não quer

fazer o tratamento, o atendimento é dado à família, no sentido de a família poder estar compreendendo e atuando nesta dinâmica que produz o usuário de droga.

S9 assinala que a interação entre família e o usuário é o ponto central a ser enfocado no tratamento. Avalia que os resultados são melhores quando é feito o atendimento do paciente e da família por profissionais distintos. Quando o usuário não aceita ser tratado, a família pode ser atendida.

O que você pensa a respeito da etiologia e do usuário de drogas?

O meu ponto de vista é que a parte emocional determina um certo momento da vida do indivíduo que ele tenha que lançar mão de um recurso, que ele lança mão da droga para aliviar a sua angústia. Essa droga vem ocupar o espaço de um vazio que o indivíduo não dá conta de suportar. Freud disse no texto - "O Mal Estar na Civilização" que: a droga é um recurso do qual você lança mão para anestesiar o vazio, a incompletude do ser.

Como caracteriza os usuários de droga que você atende?

Adultos jovens, de 19 a 20 anos; no serviço público predomina da classe média para baixo; no consultório, a maior parte é de classe média. São jovens que normalmente não conseguem terminar o 2º grau.

(...) São pessoas com baixa tolerância à frustração, baixíssima tolerância, de um imediatismo gritante, buscam o prazer imediato, só não conseguem viver sem uma coisa imediata, não conseguem esperar, não conseguem ter um projeto de vida, porque a espera é angustiante, a ansiedade é muito presente nesses jovens, é uma dificuldade em lidar com a vida que eu percebo que caracteriza esses

jovens (...) O dependente é a pessoa que não pode viver sem a droga, passa o tempo todo pensando na droga, só pára de pensar quando está sob o efeito. Eu levo muito em conta o vínculo com a droga que se torna, em certo momento, o único, ele deixa todos os outros e vive esse com muita intensidade, como único. O usuário ocasional é aquele que usa nos finais de semana ou esporadicamente.

(...) Eu tenho conhecimento que existem vários estudos que mostram a ação dos genes, não nego essa parte, mas deve haver uma interação da contituição genética, fisiológica com o meio. O indivíduo procura essa droga que vai ocupar um espaço na vida dele.

S9 destaca que, na relação familiar, o usuário de droga ocupa a posição de filho com dificuldades de amadurecimento.

(...) É muito característico, principalmente na classe média, são aquelas mães com uma relação simbiótica muito forte. A mãe, a família, não só a mãe, a família tem que ser abordada, porque muitas vezes eles boicotam o tratamento do filho, é uma relação simbiótica que vai dos dois lados, e a família precisa muito daquele "bebezão". Estou me lembrando de alguns casos que eu estou atendendo - como a família também resiste que os filhos possam crescer.

Essas considerações feitas por S9 a respeito de boicote ao tratamento são recorrentes entre os profissionais.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e aos consumidores?

A população brasileira não tem uma idéia do que realmente seja o usuário de droga, é muito preconceituosa ainda, acho que precisam ser feitas campanhas

menos alarmantes, mais dentro da realidade ... as pessoas começam a se dar conta do tamanho da questão quando aparece alguém em casa ou alguém muito próximo, até então, é uma visão de muita discriminação.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Acho que, como a maioria dos profissionais, é um desafio. Acho que é isso que chama a atenção, é o desafio, a primeira vontade é aquela de ajudar, de resolver, bem dentro da nossa formação profissional como enfermeira, de coisas que você vai se dando conta quando você entra em contato. Você tem que repensar a sua posição e conhecer o limite do outro. Interessa-me muito essa relação tão forte que se estabelece entre o indivíduo e a droga.

Quais são os seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Com relação ao tratamento, é poder através de um recurso terapêutico, proporcionar que o indivíduo possa ter outros vínculos, saia dessa posição de escravo da droga. Eu tenho muita preocupação com a prevenção, é possível fazer prevenção? No período em que estava no serviço público, participei de alguns projetos, desde 1988 fazendo palestras, o enfoque era muito em cima da droga, que a droga faz isso, que a droga faz aquilo, daí eu fui observando que só se falava das drogas; que muita coisa eles já sabiam até mais que a gente. Foram feitos estudos que comprovam que não leva a lugar algum, você ir lá meramente informar, dá mais resultado para os pais que são os mais desenformados.

(...) A escolha é de poder viver sem a droga mesmo, o indivíduo vai ter que se dar conta de que ele não vai poder usar a droga mesmo.

Quais são os métodos e (ou) técnicas empregados no seu tabalho?

A minha referência é a Psicanálise, a relação transferencial e o trabalho de grupos operativos.

Quais são os resultados obtidos no atendimento a drogadependentes?

A gente precisa se dar conta de que não é onipotente. As vezes, a boa vontade não te deixa perceber que o fracasso também faz parte do trabalho.

Os resultados, em termos de abstinência total, não são expressivos, mas há melhoras na vida social e familiar, apesar da ocorrência de recaídas.(...) O sujeito vai ter que passar da posição passiva, de que é um toxicômano, para a ativa, de que usar droga é um desejo e se perceber dono do seu desejo e é na relação transferencial que vai se estabelecer a saída da posição de doente passivo.

Qual a gratificação profissional e pessoal obtida nesse trabalho?

A gratificação é essa possibilidade que há de você estar em contato com esse desafio, todo o material que eles trazem, a relação que se estabelece, seria nesse sentido, se o usuário é diferente de dependente de droga é uma coisa que é importante para mim enquanto profissional. Então, estar em contato com eles vai oferecer tudo isso (...)Eu estou pensando que aqui o toxicômano também ocupa esse lugar para a gente enquanto profissional, da busca desse saber, uma coisa que a gente tem que tomar cuidado também, de repente, fica nessa relaçã: o outro oferecendo material.

E o terapeuta consumindo?

Exatamente.

Daí passa a ser a nossa droga, é isso ?

É.

S9 reconhece que o paciente pode ocupar, para o profissional, um lugar equivalente ao da droga na vida do usuário.

Quais são as principais dificuldades encontradas no transcorrer desse trabalho?

A dificuldade é de estabelecer vínculo, de entrar nessa relação transferencial. Parece-me que o indivíduo tem que chegar no momento da vida, de perdas, de prejuízos, que de alguma luz se acenda e ele resolva, esse é o momento, e mesmo assim, é muito difícil, que dizer, na linguagem psicanalítica o indivíduo tem que fazer uma questão, não simplesmente querer parar de usar drogas.

E - O que vou fazer além de parar de usar droga?

S9 - O que eu faço da minha vida?

Quais são as fontes de informação sobre drogadição que você utiliza?

Agora eu estou entrando em contato com um grupo da Escola Brasileira de Psicanálise de Belo Horizonte, Minas Gerais. É um material que eu estou estudando atualmente na linha lacaniana, mais assim, de cabeceira.

Você faz o registro dos atendimentos?

Não, o registro no serviço público é o prontuário, nada mais do que isso.

E levantamento de dados clínicos?

Não.

Houve mudanças em sua compreensão do fenômeno do uso de drogas no decorrer de sua experiência? Quais?

> Antes o ímpeto era ajudar, de querer resolver, não pode usar droga, não tem que usar a droga, acho que depois desse momento que eu pude estar vendo mais o indivíduo. Agora, isso tem mudado constantemente, nesse percurso eu fui me dando conta que a situação é muito mais complexa, vai muito mais de encontro ao sujeito mesmo; então acho que o enfoque primeiro era a droga, até ia dar palestras.

Ao atender a população de usuários de drogas, os objetivos de S9 são promover que o paciente desenvolva outros vínculos, libertando-se da posição de 'escravo' da droga e que recupere a possibilidade de escolher, desde que se mantenha em abstinência.

S9 evidencia estar trabalhando com o dependente de drogas dentro do modelo psicodinâmico. Manifesta, ainda, uma tendência de concorrer - o que ela chama de desafio - com a interação paciente/droga, ou seja, através da relação paciente/terapeuta tenta estabelecer uma alternativa para o paciente. Considera-se uma estudiosa do tema e que, no momento, não realiza palestras ou escreve sobre o tema.

Da mesma forma que a maioria dos entrevistados S9 não se ocupa com o registro de seus atendimentos para eventual levantamento de dados ou qualquer outra modalidade de pesquisa com o material clínico dos pacientes.

S10 Enfermeira

S10 é enfermeira graduada pela UNITAU (Universidade de Taubaté, São Paulo), em onde também especializou-se em Saúde Pública. Trabalha com dependentes de drogas, desde 1989, na Prefeitura de São José dos Campos. Atualmente, é chefe de enfermagem da UPA/HD (Unidade de Pronto Atendimento de Saúde Mental e Hospital-Dia) onde atende, por semana, cerca de vinte pacientes com transtornos relacionados ao uso de substâncias; a maioria é de alcoolistas.

Entrevistei S10 na UPA/HD, em janeiro de 1997. Trata-se de um local adaptado (ex-maternidade). S10 foi indicada pela gerente da UPA para participar da pesquisa, tendo aceito.

S10 relata sua experiência em atender usuários de drogas.

Aqui nós atendemos as urgências e as emergências, eu só tenho experiência aqui na UPA, há oito anos eu trabalho aqui. Como é uma unidade de emergência psiquiatrica nós atendemos são vários tipos de patologia, parte delas são dependências de álcool. Quando começaram a surgir esses pacientes, usuários de drogas, a gente sabia que eles mentiam, não era muito claro o que podíamos fazer. Eu sempre os orientei, mostrava o que era a droga, o que causava, os sinais, os sintomas, a depenência, o que ele vinha a sentir e como seria a expectativa de vida dele posterior ao uso (...) Eles chegavam com excesso de uso, não chegava a ser "overdose", passavam a noite em orgias, bagunça, no meio do grupo, então sentiam-se fracos, às vezes com alucinações que demoravam mais tempo para passar, angustiados, com intensa depressão, tremores. A família trazia, ou a polícia, dificilmente eles vinham por vontade própria.

(...) Desde o final do ano passado (1996),tem aumentado a procura espontânea de usuários de drogas. Eles vem pedir ajuda para deixarem de utilizar,

Como você entende essa situação aumento de procura espontânea?

(...) Alguns já não conseguem mais viver com o uso de drogas, a destruição do

lar, da família, o abandono é o que eles relatam. E não conseguem ser nada na vida. Então, eles sentem necessidade de parar, mas dificilmente conseguem.

No final do ano anterior, eu atendi um menino de dez anos que usava "crack "desde os oito ano. Ele morava num casebre com um irmão, próximo do centro da cidade, numa favela. Ele estava muito magrinho, disse que era fácil conseguir essa coisa e que dá sensação de leveza, de bem-estar e que não conseguia mais parar com esse tipo de sensação. Ele falou que começou a usar com o irmão, que se sentia bem, passava a fome.

(...) Este paciente, após ser tratado, revelou que estava em dúvida sobre não retornar ao uso de "crack": ""se a fome apertar"(...) O mais freqüente é o retorno à droga.

S10 explica que a participação da enfermagem no tratamento acontece por meio do relacionamento terapêutico com os pacientes.

Muitas vezes ele não se abre com o psicólogo, e o processo depende da empatia. A gente tem bons resultados através de diálogo, mas se eles não continuarem depois de saírem da UPA, se torna difícil.

S10 relata que, quando a família traz o paciente, as expressões mais comuns são:

- 'não agüento mais, já fiz de tudo, ele pega as minhas coisas e vende, rouba tudo que eu tenho dentro de casa para conseguir a droga, que morra de uma vez'.

- "eu já fiz de tudo, faço de tudo, eu estou pedindo pelo amor de Deus uma ajuda para salvar o meu filho das drogas".

- "Eu nem sabia que meu filho usava drogas, eu fiquei sabendo agora que o médico me falou".

S10 avalia que é fundamental compreender estas colocações para poder orientar a família.

Para explicar os métodos e técnicas empregados, S10 relata a situação de um paciente andarilho que, enquanto esperava o atendimento, jogou vários objetos no chão e tentou agredir um paciente que aguardava consulta.

> O paciente foi agarrado e contido no leito e foi-lhe explicado que nós não gostaríamos que ele agredisse ninguém. Depois que o paciente melhorou, disse que usou cocaína a noite inteira. Eu perguntei o que estava acontecendo, ele disse uns repentes de loucura, eu quero matar alguém (...) então quando eles fazem esses repentes, a gente precisa de uma contenção. A equipe tem que estar preparada para não machucar o indivíduo. Quando vamos buscar um paciente em casa, temos que fazer uma abordagem psicológica e, quando necessário, a sedação.

Quais são sua motivações pessoais para atender dependentes de drogas?

A motivação para realizar esse trabalho é poder contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes.

Quais são as mudanças na sua compreensão do dependente de drogas?

O entendimento que o diálogo e a orientação do que a droga pode provocar na vida do paciente, nem sempre são condutas que trazem bons resultados. Atualmente, considero que o indicado é saber o que está acontecendo com eles.

(...) A busca de novas propostas de vida, mas tudo parte dele, não parte da gente como profissional, deve partir do próprio indivíduo, na procura de sentido de vida.

Quais são as principais dificuldades encontradas no atendimento a usuários de drogas?

As dificuldades são as políticas atuais de pouco investimento na área de saúde

mental e a falta de profissionais e recursos financeiros destinados para à Saúde Pública.

Emprega alguma forma de registro e faz levantamento e organização dos dados?

Nós temos dados estatísticos dos pacientes atendidos, com relação ao diagnóstico e região de procedência. A experiência que a gente tem em relação ao usuário de drogas, desde o final do ano passado e início deste, é com usuários de *crack* e cocaína, de diversas faixas etárias e procedências.

S10 não realizou palestras ou publicou trabalhos sobre drogadependência. Afirma que procura informar-se através de leituras científicas sobre este e os demais temas ligados à Saúde Mental.

Diz ter aprendido, através da experiência profissional, que é uma conduta terapêutica pouco eficaz informar aos pacientes sobre os riscos que as drogas representam para à saúde, e que é mais produtivo investigar o que está acontecendo na vida dos usuários.

S10 mostrou-se satisfeita com seu trabalho e observou que a sociedade brasileira não investe no atendimento de pacientes psiquiátricos em função de tabus, preconceitos e negação da doença mental; principalmente no âmbito familiar. Outro aspecto apontado por S10, é a da longa duração dos tratamentos e a falta de resultados imediatos para a sociedade, ainda que se promovam melhoras na vida dos pacientes. S10 acompanha e se gratifica com as rápidas melhoras alcançadas nas condições de saúde dos pacientes desde o ingresso no serviço até a alta. Neste aspecto, os resultados pessoais e profissionais diferem daqueles relatados pelos colegas, que fazem atendimentos psicoterapêuticos mais longos com a expectativa, em geral frustrada, de que os pacientes atinjam a meta da abstinência.

4.3.Terapeutas ocupacionais

S11 Terapeuta Ocupacional

S11 é Terapeuta Ocupacional, formada pela Universidade Federal de São Carlos, Estado de São Paulo. Durante os primeiros dez meses de 1996 trabalhou num Hospital Psiquiátrico de São José dos Campos, São Paulo. Há seis meses está atuando na UPA/HD (Unidade de Pronto Atendimento Psiquiátrico e Hospital Dia) da área de Saúde Mental do Município de São José dos Campos, onde a entrevista foi realizada, em abril de 1997.

S11 foi indicada pela gerente da UPA, tendo aceito participar da pesquisa. S11 atende uma média semanal de três pacientes usuários de drogas no Hospital- dia (do total de dez leitos) e de quinze famílias na Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

Na primeira parte da entrevista, solicito que S11 faça um relato de sua experiência no atendimento a usuários de drogas.

> Eu estou há dois anos atuando, e sempre aqui em São José; eu percebo que nessa região (Vale do Paraíba) há uma dificuldade muito grande de você lidar com dependente químico, você necessitaria de equipamentos específicos para lidar com essa população, é uma abordagem muito complicada tratar junto de outras psicopatologias em um hospital psiquiátrico, eles têm outra demanda, especialmente quando se trata de dependência química na adolescência. A gente está iniciando um serviço de atividade diária nesta unidade, a demanda de adolescentes é enorme.
>
> (...) É difícil dar conta deles, porque o espaço não proporciona condições emocionais para essas pessoas permanecerem aqui. É o ambiente que está suscitando doença o tempo todo e esses adolescentes não suportam isso. Deveria ser uma preocupação mais política dar atenção a essa necessidade de se criarem outros espaços, onde a gente pudesse proporcionar situações e

atividades que tenham a ver com os adolescentes. No final do ano passado, um grupo de três adolescentes veio pedir socorro, eles estavam num ponto que não conseguiam ficar mais fora, porque acabavam sucumbindo ao apelo da droga. A gente ofereceu o espaço e o nosso tempo, só que eles não agüentaram. Havia dias que eu estava na rua com eles e pensava: eles não conseguem mais ficar lá (UPA), mas o que eu vou fazer? Para onde eu vou com esses garotos? Eles querem falar de saúde, eles querem falar de coisas que tenham a ver com essa fase: sexualidade, problemas com a escola, coisas que a gente não tem como abordar aqui. E é um poupar caminhos, conviver com doença mental é difícil, para o adolescente, mais ainda; e esse grupo acabou não agüentando.

Chegou uma hora que esgotaram os nossos recursos, a gente saía para a Fundação Cultural, fazia atividade em outro local íamos à cidade, mas não dava mais (...) falta reunir tudo num universo mais estruturado, mais organizado (...) do jeito que somos vistos pelo serviço público, não tem como, nesse momento. Eles empurram a demanda adolescente para a saúde, mas não é um problema só de saúde, você tem de estar ligado as outras secretarias. Há outras questões além da psiquiátrica a ser trabalhadas, isso precisa ser visto com mais cuidado.

Da mesma maneira que outros profissionais entrevistados, S11 informa sobre a demanda de adolescentes que necessitam de tratamento e que o serviço ainda não está estruturado. Os atendimentos no serviço público (de São José dos Campos) mais específicos para adolescentes usuários de drogas, estão apenas no início.

O que você pensa do usuário de drogas?

Acho que está relacionado com as dificuldades que ele vai encontrando na hora de estabelecer relações no meio social, com o meio escolar, meio familiar que vai gerando insegurança, instabilidade emocional, então é quando ele sai para buscar alívio.

S11 avalia que o usuário de drogas apresenta uma extensa história de problemas familiares. Quanto a organização e funcionamento dessa família, faz as seguintes observações:

> É uma relação muito precária, muito viciada, você encontra casos assim, que a família acaba fazendo uso desse problema para justificar determinadas coisas, você vê mães dizerem: eu não consigo fazer nada, o meu filho só dá problema, não consigo trabalhar, não consigo organizar minha vida, tem que internar, tem que internar.
>
> Você consegue reestruturar alguma coisa na vida desse dependente químico, ele volta para casa, as coisas começam a se encaixar, aí começam os problemas de conseguir emprego. Como é que eu faço para organizar essa bagunça? Você vê casos em que a família provoca a reincidência do dependente para o hospital, para conseguir sobreviver e justificar a dificuldade de restruturação por causa dele.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores?

> As pessoas acusam. As pessoas apontam, enxergam o problema, mas dispensam pouco tempo do seu trabalho, da sua energia, para pensar em resoluções (...) a gente vê garotos de doze, treze anos usuários de "crack", garotos de rua, as pessoas cobram que você ponha num hospital psiquiátrico, mas e depois que ele for desintoxicado o que se faz com ele? (...) a gente cansa de ver ele voltar aqui, em um ano ele volta quinze, vinte vezes, e eu penso: o que acontece?

Quais são suas motivações para trabalhar com essa população?

Eu não diria que é a população que mais me chama a atenção, eu tenho identificação, nesse momento, bem mais clara, de um trabalho com psicóticos, com melhores condições de encaminhamento de profissionais de outras áreas, os resultados seriam melhores. A gente se frustra muito, é muito ruim você tratar hoje e saber que daqui a quarenta dias ele vai estar, de novo, no mesmo estado ou pior do que quando chegou aqui pela primeira vez. A motivação vem da demanda, te pedem ajuda e você se envolve.

No que diz respeito aos resultados dos atendimentos, S11 afirma que a reincidência é grande. O objetivo de S11, ao tratar usuários, é de que eles possam adaptar-se à vida familiar, escolar e social.

Em relação aos métodos e técnicas, acredita que a abordagem comportamental está indicada, visto que, segundo ela, promove a aprendizagem delimites e fortalece o usuário de drogas para que ele possa responder adequadamente nos momentos de fragilidade.

Qual a gratificação pessoal e profissional obtida em seu trabalho?

Eu ainda estou esperando coisas melhores. Pessoalmente, em alguns casos conseguimos bons resultados. E é isso que nos faz acreditar, é o que empurra para a frente.

Para que ocorrerem avanços nos resultados, S11 avalia que é preciso uma integração com os recursos externos a unidade. Com pouco mais de um ano de atividade profissional, demonstra esperança pessoal ao relatar que 'ainda' espera melhores resultados.

Quais são as fontes de informação sobre a dependência química que você utiliza?

Principalmente, troca com profissionais da área na rede; existem profissionais muito bem informados e com conhecimento a respeito do assunto. Tenho pouco acesso a cursos e ao que está acontecendo em outros locais.

Houve mudanças em sua compreensão do fenômeno da drogadependência advinda da experiência? Quais?

Não adianta tratar só a questão psiquiátrica, você precisa voltar-se para outros aspectos. A pessoa vai voltar para você se não tiver estabelecido um bom vínculo, uma boa relação no meio familiar, no meio social, ela vai voltar para você.

S11 não publicou nenhum artigo científico sobre o tema. Finalizou a entrevista, desejando que a pesquisa auxilie na mudança o enfoque do problema da droga, especialmente quando se tratar de adolescentes que, poderão ser, segundo S11,os alcoolistas crônicos de amanhã ou os usuários mortos daqui a alguns anos.

S11 observa que a atuação do serviço social é muito restrita ao âmbito da instituição, sendo que, a família e o meio social também não oferecem perspectivas. Considera que, que sem um projeto de reabilitação, englobando, além da área de Saúde, Educação, Esportes, com prioridade para a inserção escolar e no mercado de trabalho, não há resultados duradouros do trabalho interdisciplinar da unidade.

Apesar do pouco tempo de experiência de trabalho com usuários de drogas, (quatorze meses) a entrevistada efetuou uma análise crítica da complexidade do fenômeno, das limitações institucionais e sociais para a realização o trabalho de Terapia Ocupacional.

S12 Terapeuta Ocupacional

S12 é terapeuta ocupacional, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCCAMP, Estado de São Paulo. Cursou especialização em Psicopedagogia na UNIVAP (Universidade do Vale do Paraíba, São Paulo). Trabalha com usuários de drogas desde sua graduação, tendo iniciado no Hospital Psiquiátrico São Camilo de Pouso Alegre, Minas Gerais. Atualmente atende em consultório particular e num Hospital Psiquiátrico de São José dos Campos, São Paulo, onde realizamos a entrevista, em julho de 1996. S12 estima que atende, por semana, cerca de trinta pacientes usuários de drogas. Mostrou-se interessada em participar da pesquisa, entretanto, foi necessário aguardar que reduzisse onível de sua ansiedade, diante do gravador, para iniciarmos a entrevista. Manifestou dúvidas quanto ao valor e importância de sua experiência profissional com transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas.

> Eu acho que o usuário de droga é uma pessoa que, no momento em que ele não está usando a droga, no período em que ele vem para a instituição para fazer a cura, para fazer o tratamento, ele é uma pessoa que você tem que ter muito cuidado com o que você fala com ele. Você tem que ter muita paciência. Ele é uma pessoa que tenta te manipular. Então, eu acho que, no meu caso de terapia ocupacional, você tem que analisar que atividade vai dar; tem que ser uma atividade mais repetitiva, uma coisa que não tenha que pensar, porque a atenção, a concentração e a criatividade dele ficam muito comprometidas.
>
> (...) Eu me cuido muito para ter um determinado limite, vivo trabalhando o limite deles. Eu acho que esse limite é muito importante, se você não trabalha esse limite eles acham que você está ali não para trabalhar com eles, eles gostam de te seduzir, no caso da mulher, não sei, no homem, mas eles tentam te seduzir. Então, eles vão na Terapia Ocupacional (T.O), mas não estão na T.O para executar uma atividade; eles estão lá primeiro porque você está, eu trabalho com duas meninas, são minhas monitoras, então eles tentam seduzi-las.

S12 relatou que esses pacientes preferem atividades repetitivas, como fazer cubos, descanso de panelas, recolher textos para o jornal mural, "queimada", e jogos com baralho e não gostam de atividades com massa de modelar, argila, escrever, desenhar e esportes.

Solicito que S12 esclareça o que vem a ser e como ocorre esse processo de sedução no âmbito da terapia ocupacional da Instituição.

> Eu acho que eles querem privilégios, eu não sei se você vê por esse lado. Mas eu acho que eles sempre estão tentando, sempre na sedução, sempre na sedução. Então, eu coloco para as monitoras, mas elas entram nessa sedução deles. Então, elas tratam eles melhor, bem melhor do que os outros, elas conversam mais, eles querem estar dentro da T.O, mas eles não querem estar executando alguma coisa, eles querem estar conversando. Então, quando eu estou lá, é de uma maneira, quando eu não estou, eu tenho certeza que é de outra. Porque, às vezes, eles chegam lá na T.O numa boa, sabe, e quando eu estou muda.

Eles não querem produzir atividade, eles querem produzir uma interação verbal?

> Uma interação verbal, é muito mais ligada a isso daí. Eles só produzem uma atividade manual quando é mais individualizada. Eles não sabem muito trabalhar em grupo, colocar as dificuldades dentro do grupo. É mais um trabalho individualizado que é realizado com eles e o tratamento rende mais do que em grupo. No trabalho de T.O., existe essa dificuldade em estar manuseando mais, eles gostam mais de conversar.

S12 reafirma que o dependente químico é um paciente que quer atenção diferenciada, que são pessoas sem limites, e onipotentes. Essa compreensão faz com que S12 estabeleça a colocação de limites como o objetivo terapêutico prioritário a ser atingido.

S12 parece ter receio de ser manipulada pela conversa dos pacientes que, segundo ela, conseguem envolver a enfermagem e as monitoras de T.O. Por outro lado, isso fortalece a sua ênfase nas atividades de manuseio, que considera apropriadas para terapia ocupacional.

> Eu sempre digo para as minhas monitoras que os dependentes químicos estão aqui dentro para fazer tratamento, que eles, apesar de parecerem mais ou menos normais, eles não são normais. Eles vão manipulando, eles chegam de todos os lados, eles são os pacientes que mais colaboram, eles ajudam em tudo. Existe uma interação verbal, depois vem a interação com atividades manuais (...) você não pode colocar alguma coisa para eles, você primeiro dá uma volta, você não pode impor. Se você impõe alguma coisa, não consegue que eles façam.
>
> (...) Não é como o oligofrênico, que você impõe, você coloca. Eles não, com eles você dá uma volta e chega naquilo. É como se fosse assim, você faz um agrado, entendeu? Eu acho que a imaturidade deles é muito grande. Acho que todos eles são imaturos. Eu estou falando, de uma forma geral, dos homens. Não sei porque, mas acho que aqui tem muitos homens. São muito imaturos, inseguros demais. A insegurança deles é muito grande. Você propõe alguma atividade para os outros pacientes (não dependentes químicos) e eles realizam, você não tem que ficar bajulando muito para eles fazerem. Ficar dando uma volta, bajular e estimular o ego deles.
>
> Como é a família do dependente de drogas?
>
> Eu vejo a família do dependente da mesma forma que o membro usuário. Tudo é normal, amanhã ele vai conseguir parar, amanhã ele vai (...) Hoje ele não conseguiu, mas amanhã ele vai conseguir. O medo, quando ele pára de usar a droga, o álcool, o medo dele estar voltando a usar novamente. A falta de confiança, porque é uma pessoa que ninguém dá crédito, apesar de todo mundo cobrir de expectativa.

Expectativa se vai parar, mas crédito mesmo, ninguém dá para ele. Então, eu acho que a família age como eles, ela põe panos, ela vai cobrindo tudo que ele está fazendo. Ela quer que ele pare, mas ao mesmo tempo, ela não quer que ele pare. Eu penso que toda a família precisa de uma pessoa que não seja normal, que é a ovelha negra da família.

(...) O pai do usuário, em geral, é uma pessoa muito rígida, a mãe muito aberta, então a mãe cobre tudo, a mãe aceita tudo (...) está sempre acobertando o que o filho faz, por outro lado, existe um pai muito rígido que não aceita, não admite, mas eu acho que no fundo ele é mole como a mãe. Um completa o outro, a mãe procurando a rigidez daquele marido, daquele pai; e o pai procurando aquele outro lado da esposa.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação as drogas psicoativas e aos consumidores de drogas?

Não há aceitação. O drogado é uma pessoa que é rejeitada, e além de rejeitada há o medo de ele voltar a usar, medo que ele venha a fazer alguma coisa para você. Eu acho que há uma rejeição muito grande em relação a eles.

S12 explicita seus receios diante das recidivas desses pacientes e de sua dificuldade em lidar com eles sem rejeição. S12 relata sua experiência familiar com um irmão alcoolista que fortalece ainda mais seu temor de recaídas, e de ser manipulada. Ocorre um provável indiferenciação entre sua experiência pessoal e a de seus pacientes.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Eu gosto de trabalhar com eles, mas depende um pouquinho de como eu estou no dia, se estiver bem, a minha sessão rende mais, quando estou com

problemas, parece que não rende tanto quanto deveria. Eu acho que é uma influência minha em relação a eles. 'Você pensa que vai solucionar o problema deles. Depois, com o passar do tempo você vai conhecendo a família, a história do paciente, é que você vê que não vai solucionar nenhum problema'.

Quais são as principais dificuldades encontradas ao tratar usuários de drogas?

A dificuldade que eu encontro é a família (...) Você chama uma pessoa da família, você escuta uma história, chama outra e escuta outra história, chama-se outro familiar e aparece outra história. Então, cada uma vê o problema do fulano de uma maneira (...) Por mais que você oriente, a família não segue o que você fala. Se tiverem que cortar algo do orçamento da casa, a primeira coisa que vai ser cortada é o tratamento do paciente.

As fontes de atualização e informação de S12 sobre dependência química são discussões e conversas com outros profissionais ou supervisão. Relata que, às vezes, lê revistas e jornais e que está sempre informada sobre o tema.

No decorrer de sua experiência, houve mudanças em sua compreensão da dependência de drogas? Quais?

Eu acho que a maioria desses pacientes, desses homens com quem eu tenho contato, tem um relacionamento muito ruim com a mulher. Assim, não a mulher/esposa, a figura da mulher (...) com alguns eu tenho tentado me relacionar de uma maneira boa. Há uma desvalorização muito grande da mãe e da esposa e isto é transferido para outras mulheres.

S12 não realiza levantamentos estatísticos ou análise de seus registros, que são feitos na forma de relatórios dos pacientes que atende. Considera que sua compreensão desses pacientes modificou-se através da experiência, mas não explicitou quais seriam as mudanças, a não ser o conhecimento de que generaliza as dificuldades vividas com o irmão alcoolista para os demais dependentes químicos. Não publicou artigos científicos nem participou de congressos ou simpósios sobre transtornos relacionados ao uso de substâncias.

S12 demonstra desapontamento em relação às perspectivas frustrantes do tratamento de dependentes químicos e diz-se descrente da possibilidade de realizar algo por eles. Para S12, tanto o drogadependente quanto a sua família alimentam promessas de cura que não se cumprem; a família e o paciente são resistentes em seguir suas orientações terapêuticas.

4.4. Assistentes Sociais

S13Assistente Social

S13 é assistente social, graduada pela Universidade do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo. S13 vivenciou, há vinte anos, uma situação familiar de uso de drogas que desencadeou seu envolvimento com atividades comunitárias direcionadas à prevenção e tratamento de pessoas usuárias de substâncias psicoativas.

S13 trabalha em uma UAISM (Unidade de Assistência Integral à Saúde Mental) da prefeitura de São José dos Campos. Atende, por semana, uma média de oito pacientes e de oito famílias de usuários de droga,. Em sua experiência institucional anterior, com dependentes de drogas, S13 trabalhou num Hospital Psiquiátrico e no, extinto, Centro Municipal de Recuperação de São José dos Campos.

S13 pretende escrever e divulgar suas técnicas de tratamento, porém, ainda não teve oportunidade de realizar este projeto.

A participação de S13 foi indicada pela médica responsável pela Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental (UAISM) e por outros profissionais da Saúde Pública da cidade de São José dos Campos. Sua aceitação para participar, como sujeito da pesquisa, foi imediata.

S13 relata, no início da entrevista, sua experiência com um familiar usuário de drogas.

> Na época, eu não entendia bem o que era ser um dependente de drogas, eu lia muito sobre maconha, depois eu comecei a tomar conhecimento de cocaína. Pelas leituras, eu percebia que o meu irmão estava diferente, e que os olhos dele demostravam,, que ele poderia estar usando maconha. A família ficou indignada com a minha suspeita e sofri a rejeição e a revolta de todos eles, não acreditaram em mim. Anos mais tarde, ele foi preso, e todos já sabiam da situação dele, inclusive amigos e colegas. Os amigos dele na escola me chamavam de careta e eu não entendia bem, e eu procurei saber com colegas que eu sabia que estavam nessa, era por solidariedade, curiosidade e ao mesmo

tempo me revoltava, pois sabia que era uma coisa muito grave. Eles eram marginalizados, eu também me afastei deles, que nunca me procuraram para fazer isso, eu achei interessante por eles me respeitarem.

Depois de casada, percebi que muitas pessoas, no meu bairro, faziam uso de drogas, inclusive uma amiga kardecista. Depois que ela cursou a faculdade, passou a ter comportamento estranho, não tomava banho, ela chegava em casa drogada, eu a acolhia, dava-lhe banho, café amargo, até ela melhorar e poder ir para a casa dela. Ela chegou no fundo do poço, ela queria tomar ácido, queria se matar, a gente não sabia o que fazer, até que recorremos a uma amiga dela que a levou para o Sul do país, arrumou-lhe emprego, ela passou a freqüentar uma igreja evangélica e hoje está bem. Então, eu passei a acreditar que, quando a gente ajuda, estende a mão, a pessoa consegue, e eu percebi que eu também podia fazer isso, mas eu tinha que me preparar, porque eu tinha estrutura emocional, eu percebia que eu conseguia segurar todas as questões. Inclusive da minha família eu consegui segurar. Apesar de me emocionar quando eu falo assim, eu consegui. Eu achei que eu poderia fazer mais porque eu tinha estrutura emocional, eu não despenquei como todos, em minha casa.

Quando os meus filhos começaram a estudar, se eu soubesse de alguém envolvido com drogas, álcool, eu conversava com a pessoa, indicava lugares, gastava com telefonemas para saber sobre comunidades terapêuticas. Eu passei a ler Psicologia, problemas sociais. As pessoas diziam que eu devia fazer Psicologia, comecei a fazer faculdade e quando sabia de algum caso, mesmo estando com três filhos pequenos, eu ia visitar por minha conta, passava alguns filmes, inclusive o "Farrapo Humano". Incutia na cabeça da pessoa onde ela estava chegando através do álcool, através da droga, o que ela estava fazendo para a família dela, para o filho na escola. Eu fazia muitas associações sobre o futuro daquela criança e eu percebia que muitas pessoas deixavam a bebida e as drogas.

Quando terminei a faculdade, passei a trabalhar, no centro comunitário (centro municipal de convivência de São José dos Campos, São Paulo), com crianças

que faziam uso de maconha. Eram filhos de prostitutas, algumas mães eram faxineiras e as crianças ficavam o dia inteiro em casa por conta delas, eram responsáveis pela casa e depois iam para a rua. Eu passei a levar essas crianças para o Centro Comunitário. Depois, eu fiquei sabendo que algumas mães eram professoras, outros eram filhos de advogados, médicos etc. Percebi que não era problema exclusivo de classe social baixa, mas de todas as classes.

Continuei esse trabalho solitário de passar filmes, de ir à casa das pessoas, não tinha mais ninguém para me ajudar, as pessoas diziam que eu era louca, eles não entendiam minha necessidade de ajudar. Então, deixei o pessoal falar, aí a minha casa começou a ser procurada pelas pessoas pedindo ajuda, até hoje eu não tenho mais sossego, à noite, sábados, domingos, qualquer horário eu saio para atender as famílias; além do trabalho daqui (UAISM), eu faço o meu trabalho, lá fora, solitário. É muito difícil você encontrar pessoas, montar um grupo para fazer isso, as pessoas querem ganhar dinheiro, a dependência química virou um mercantilismo, é muito caro fazer um curso, as pessoas cobram muito caro para fazer tratamento, o atendimento individual particular é muito caro, e muitas vezes, não corresponde ao que deveria ser. Perde-se muito tempo e dinheiro e as pessoas não se interessam

(...) Um dia, meu filho, de três anos de idade, disse-me assim: eu quero dormir, você tem pinga para me dar? Eu falei: que pinga? Fui investigar e descobri que a empregada estava dando pinga para ele. Conversando com o meu filho, ele me falou, que ela lhe deu duas vezes, eu perguntei se ele gostou, como foi, se dormiu e ele disse que com açúcar é gostoso. Sabe, você fica trabalhando com essas pessoas, dá um duro desgraçado e ponho na minha casa uma pessoa que está agindo de má-fé. Eu vim a descobrir que a irmã dela não só dá pinga para um outro garoto como também fuma maconha junto. Conversei com vizinhos e descobri que é uma família de traficantes, eu fazendo tudo isso e a pessoa na minha cara, então você não sabe o que mora ao lado, tem que tomar o maior cuidado com amigos, com vizinhos, com amigos do teu filho. Passei a ficar mais atenta com quem trazer para trabalhar em casa. Depois que eu passei no concurso da prefeitura, eu escolhi essa área, falei que gostava, os colegas

vieram a descobrir que eu tinha experiência, disse que minha experiência era pequena e que continuava aprendendo. Continuo aprendendo até hoje, participei de alguns encontros na Comunidade Terapêutica de Campinas (Fazenda do Senhor Jesus, fundada e dirigida pelo padre Haroldo J. Rahm), fiz alguns cursos, participei muito do AA e do NA, tudo que eu pude aproveitar eu aproveitei.

Eu ia para o meio deles e aplicava técnicas que serviam para eles associarem. Às vezes eu via uma colônia de formigas e mostrava que cada uma delas tinha um papel na comunidade e que havia a solidariedade, uma ajudando a outra se caísse uma folhinha, e aí eu transmitia que com o homem era a mesma coisa. Todos vivemos numa comunidade, nós tínhamos que participar, cada um tem os seus direitos e deveres.

(...)Trabalhava, também, com as sementes, a gente preparava a terra e mostrava as diferenças de crescimento entre as plantas pouco adubadas e as bem adubadas ... então eu fazia a associação com o ambiente que eles freqüentavam e o que eles buscavam e faziam com a vida deles. Na discussão, eles percebiam todo o processo da colheita, o bom fruto, que foi bem cuidado, então a gente fazia a associação com a família, o pai, a mãe.

Depois havia a reflexão que eu criei em cima da laborterapia, e depois a gente trabalhava a questão das ervas daninhas, eu falava, você tem que limpar o seu ambiente, a área em que você está tem que estar com energias positivas, se você está num lugar com amigos que usam drogas, que matam, que roubam, ou que não querem saber de família, você será cada vez mais contaminado por essas ervas daninhas, e tinha a caixinha que ficava com a erva e morria.

No dia seguinte de manhã, chegava um (paciente) todo bonito, perguntando se estava parecido com o repolho que estava desabrochando.

É evidente a determinação de S13 em ajudar seus pacientes, procurando convencê-los dos danos provocados pelo uso de substâncias psicoativas. No seu relato

pode-se identificar a presença da lógica de que a eliminação da droga, enquanto causa, promova a eliminação dos efeitos físicos, psicológicos e sociais danosos, da vida do usuário.

O que você pensa do usuário de drogas?

O usuário de drogas é uma pessoa doente. Ele precisa de atenção especial; eu não falo que ele tem que chegar e ir ao médico, ele tem que ser acolhido pelos profissionais, mas que esses profissionais estejam inteiramente abertos para ouvir a história dele, e buscar alternativas para poder ajudá-lo, mostrar que ele é uma pessoa doente, que precisa de ajuda profissional e familiar.

Solicito que S13 explique porque identifica o usuário de drogas como doente.

Ele está doente porque está dependente de uma droga psicoativa. O álcool cria uma dependência física e também psicológica. Nas outras drogas, a química faz com que o indivíduo crie a dependência, tanto psicológica quanto física, ele pode tornar-se futuramente um psicótico, ou ele pode morrer, ele não é responsável pelos atos dele, a droga não deixa, porque faz com que o comportamento dele fique totalmente comprometido. Então, ele é uma pessoa doente, porque ele não é responsável pelos atos dele, a droga não deixa, mascara, então ele é um doente.

Podemos identificar o estabelecimento de relação causal entre o uso de drogas e os seus efeitos bem como o lugar de vítima ocupado pelo sujeito usuário de drogas, (nomeado de doente por S13) que, em conseqüência, torna isento de responsabilidade ao recorrer a expedientes químicos.

S13 caracteriza a sua clientela atual como pertencente a classe média e baixa, de todas as faixas etárias a partir do início de adolescência. A maioria não chega a concluir o primeiro grau escolar.

O que você pensa da família do consumidor de drogas?

A família do usuário de drogas é tão doente quanto ele, às vezes é um bode expiatório que vem denunciar toda a doença familiar.

E que tipo de doença você tem observado nessas famílias?

A problemática maior é que muitas delas têm alcoolismo, problema de caráter do próprio pai. Ausência paterna e materna, falta de diálogo, falta de religião, problemas de separação que não foram bem resolvidos com as crianças, e falta de apoio da própria sociedade e o desemprego. Quando essa família mantém um certo padrão de vida, anda, assim, rodeada de amigos, de parentes, aí, se acontece o desemprego, ou se houve separação, os parentes mais próximos abandonam, e essa família se vê sozinha.

Como as famílias se apresentam para o atendimento, aqui na UAISM?

Chegam aqui e falam: pelo amor de Deus, me ajude. Pelo amor de Deus, me ajude, não agüento mais, estou com problemas com o meu filho. Ele está roubando dentro de casa, não vai mais para a escola, está agressivo comigo, bateu no irmão. Entrou um bandido na minha casa e atirou no meu filho, e eu descobri que ele está usando drogas. Quer dizer, depois que o bandido entrou na casa o fato já cresceu e essa família tapou o sol com a peneira.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores de drogas?

Ela ainda não se deu conta que o problema é grave, que a doença da dependência química é terrível. Não há conscientização de que medidas drásticas devem ser tomadas com o traficante, o grande não é preso, só os "pés-de-chinelo".

As autoridades não têm muito interesse pela área. A prefeitura não me paga um curso, não me dá reciclagem, e a reciclagem eu mesma faço, pesquisando, lendo, correndo atrás. Um dos maiores problemas que eu tenho de enfrentar é o preconceito que o dependente sofre.

S13 expressa sua insatisfação com as condições salariais, com a falta de cursos de atualização, bem como de supervisão técnica e pessoal que deveriam ser oferecidas aos profissionais da rede pública para que o atendimento ocorresse adequadamente. Essa manifestação incisiva foi repetida pela maioria dos profissionais entrevistados.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com dependentes de drogas?

Eu atendo qualquer um que me peça ajuda, atendo a família, oriento quanto ao que ela deve fazer para obter a confiança do familiar dependente. Encaminho para as Comunidades Terapêuticas, para as Unidades de Saúde, quando eles voltam eu continuo a prestar assistência. É um trabalho voluntário.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Eu coloco toda a minha emoção em cima deles para buscarem motivação para uma vida sóbria, eu falo das vantagens que ela tem, às vezes eu coloco exemplos, pessoas que a gente tem como referência através da mídia, ou eu falo sobre um amigo que eu tenho. O que ele vai ter, o que ele vai conquistar, o que ele pode como ser humano. Mas ele tem que acreditar nele, e aí eu falo para ele, *só de olhar para você eu tenho certeza que você pode e que você quer, aí ele sai satisfeito.*

S13 procura, através de seus esforços e dedicação, nas atividades voluntária e profissional, defender a causa de combate às drogas. Com essa posição pode colocar-se em disputa com estas, oferecendo o seu saber e experiências para persuadir o dependente de que pode prescindir do uso de substâncias psicoativas.

Quais são os métodos e (ou) técnicas empregados no seu trabalho?

Eu trabalho com vídeo, orientação sobre a doença (dependência química). Eles participam de grupos com outros dependentes e do grupo familiar.

Quais são os resultados obtidos com seu trabalho?

Eu tenho percebido que é uma média muito pequena de resultados, mas esse resultado pequeno é muito gratificante. Há uns que estão muito bem: há um garoto que está trabalhando e vai prestar vestibular, um médico que está muito bem, e há uns que já vieram mostrar os filhos recém-nascidos e apresentar a esposa. Atualmente, eu estou com o que restou de uma leva, desde que eu vim para cá. Eles estão caminhando, há um que começou a perceber que ele tem pai, mãe, irmã, tia, avó, não é bonito?

E quanto a sua gratificação profissional e pessoal neste trabalho?

Falar em dependência química me dá um prazer muito grande, eu acho que você percebe na minha expressão. Eu gosto muito do meu trabalho, o meu sentido de vida é eu trabalhar na recuperação de pacientes, até morrer (...) eu tenho vontade de ter uma chácara, um sítio, levar essas crianças para dentro do sítio, fazer um trabalho com eles, se precisar ficar um mês lá, eu fico, então esse é o meu sonho.

Quais são as principais dificuldades encontradas ?

Falta de apoio. O trabalho requer conhecimento e uma reciclagem, quando você pensa que cursou a faculdade da dependência química você já encontrou os dependentes catedráticos na área, ele já fizeram pós-graduação e você ainda está rastejando no trabalho. As drogas são dinâmicas, hoje é o "crack", depois vem outra. Os meninos em casa cheiram esmalte etc, é preciso um trabalho preventivo.

Quais são suas fontes de informação sobre farmacodependência?

Tudo que cai na minha mão eu leio, se você tiver algo para me indicar eu leio. É assim que eu me reciclo.

Faz algum registro de sua experiência e levantamento estatístico?

Temos os levantamentos dos casos atendidos.

Houve mudanças em sua compreensão da dependência de drogas no decorrer de sua experiência? Quais?

Na minha juventude, eu via a pessoa que usava droga como bandido, um marginal, que tinha que ser posto na cadeia e nunca mais sair; eu morria de medo quando alguém falava que um maconheiro podia me matar. Hoje, perdi o medo, converso com eles na calçada, na lanchonete, mesmo que estejam drogados, e me disponho a ajudá-los se eles aceitarem. Eu não tenho um local, eu estou querendo montar um consultório para atendimento particular. Eu quero um espaço terapêutico, e vou ter que cobrar para pagar o aluguel e preciso usar o dinheiro para me reciclar, mas não vou cobrar caro porque eu não quero ficar rica com dependência química, não fiquei até hoje, não vou ficar mais.

S13 não publicou nenhum trabalho relacionado com sua experiência profissional com consumidores de drogas e de álcool, mas pretende escrever e publicar suas "técnicas de associação em laborterapia".

S13, uma abnegada assistente social, vive a indefinição entre trabalho voluntário e profissional, precisando justificar-se por desejar uma melhor retribuição financeira por seu trabalho. Há indícios de que não superou a questão histórica do Serviço Social tradicional, enquanto atividade de filantropia, de amparo e proteção a toda sorte de misérias e sua contrapartida, de caráter acadêmico, de profissão voltada para as políticas de assistência social.

S13 apresenta uma postura de voluntarismo e de boa vontade associada a múltiplas funções que acabam tendo um caráter benemerente: professora, conselheira, líder comunitária, terapeuta familiar, de grupo e individual. O desejo, reiteradamente assumido por S13, de ajudar as pessoas a se absterem de drogas e álcool, reflete sua sensibilidade diante do sofrimento humano e de sua própria experiência familiar. Queixa-se de estar solitária nesta luta.

Embora as representações teóricas e técnicas de S13 possam indicar superficialidade e ingenuidade, passíveis de crítica quanto à falta de consistência metodológica, e centralização de suas preocupações no fato, de importância inegável, de que as drogas provocam danos à saúde, destaca-se a sua determinação humanista, que visa aflorar a pulsão de vida e a auto-estima em seus assistidos.

S13 considera o trabalho que desenvolveu com pacientes dependentes de drogas, internados num Hospital Psiquiátrico em regime de Comunidade Terapêutica, o ápice de sua carreira. Pôde desenvolver projetos e auxiliar na implantação da laborterapia. Afirma que, com o suor decorrente do trabalho físico havia eliminação de toxinas, e isso ajudava no tratamento de desintoxicação. Descreve, ainda, que sentiu necessidade de criar outras técnicas que pudesse relacionar com a vida, histórico e características de cada um dos pacientes.

Durante a entrevista, mostrou-se insatisfeita com as condições de trabalho, queixou-se da falta de valorização e de autonomia para realizar seus objetivos profissionais (criação de técnicas) na área de prevenção do uso de drogas e assistência a consumidores.

S14Assistente Social

S14 é assistente social formada pela Universidade de Taubaté, Estado de São Paulo. Sua formação acadêmica prosseguiu através de cursos de curta duração, simpósios e visitas a instituições, que trabalham com alcoolistas e farmacodependentes. Em 1993, teve sua primeira experiência profissional com toxicodependentes. No presente, estima que atende cerca de dez famílias e uma média de vinte pacientes por semana, internados na ala de dependentes químicos de um hospital psiquiátrico de São José dos Campos, São Paulo.

A participação de S14, como sujeito desta pesquisa, desde logo, foi aceita, demonstrando disponibilidade para relatar sua experiência profissional. A entrevista foi realizada em março de 1997. Na instituição integra uma equipe da qual fazem parte um psicólogo e uma psiquiatra que, junto com ela, atendem a ala dos dependentes de drogas.

S14 comenta que, no início de seu trabalho como assistente social no hospital psiquiátrico, não havia separação de pacientes psicóticos e dependentes químicos, ficavam todos juntos e que a equipe técnica era bem menor - duas assistentes sociais para todo o hospital com cerca de trezentos pacientes. Segundo S14, era muito difícil realizar o trabalho com alcoolistas e dependentes de drogas juntos aos demais pacientes psiquiátricos. O atendimento restringia-se à desintoxicação, atendimento social à família e orientação; havia a colaboração do AA (Alcoólicos Anônimos) nas reuniões e um grupo semanal conduzido por uma psicóloga. No trabalho com este grupo, enfocava-se o quadro clínico e utilizava-se vídeo informativo como apoio.

Após a experiência inicial com pacientes internados passou a trabalhar numa das Unidades de Atenção Integral à Saúde Mental (UAISM) da prefeitura de São José dos Campos, avaliando este atendimento como psicoterápico. Para S14 os pacientes ambulatoriais tinham desejo de se recuperarem embora alguns fossem pressionados pela família:

A abordagem era sempre a questão do histórico, do processo de como tudo começou, eu acho que a questão cultural interfere bastante,além do nível socioeconômico. Eu acho que o alcoolismo é um grande desafio, é um trabalho que você precisa gostar para poder fazer, se não, não consegue. É desgastante, tem muitas recaídas, exige muita tolerância do técnico e do próprio paciente, que, às vezes, não agüenta, da família. É um grande desafio.

(...) Eu acho que a recaída é devido à compulsão, de não segurar mesmo essa vontade de parar de beber. Às vezes, o paciente percebe a dificuldade de estar bem e depois recair e a culpa que sente. Eu tinha um paciente no grupo que estava psicotizando por causa da bebida, era um paciente que ficou dez anos sem beber, freqüentou o AA (Alcoólicos Anônimos) usou todos os recursos que ele tinha disponíveis. Se vinculou à igreja, participava de uma legião de Maria, cantava e tocava e, depois de 10 anos no AA, com várias medalhas acumuladas, ele de repente recaiu. Ele dizia que, no final de ano, achou que poderia tomar uma cerveja e, ao tomá-la, sentiu uma coisa na orelha, fala que sentiu algo diferente, ele não lembra, ele só lembra que não conseguiu voltar para casa, ficou horrorizado. A recaída durou três meses, depois voltou para o grupo se sentindo muito culpado. Eu acho que ele estava começando a delirar sem ter bebido, ouvia vozes, ele mudou de bairro por uma questão persecutória. Ele não lembrava o que aprontava quando alcoolizado, mas achava que não era culpado.

Como ele se sentia por não entender porque bebia?

Ele falava assim: que participo 'eu sou uma pessoa da comunidade da igreja, sou da legião de Maria, como eu pude fazer isso'! Ele dizia que a polícia o perseguia porque ele falava muitas besteiras para as crianças na rua, até as crianças falavam: "lá vem o tarado"; então ele ficou com essa marca, e ele não conseguiu enfrentar isso no bairro (...) ele não se perdoava por ser tão crente em Deus e fazer essas coisas.

(...) As meninas tinham medo dele, uma vez chamaram a polícia, foi isso até que desencadeou a psicose, onde ele ia se sentia perseguido pela polícia.

S14 atribui o desencadeamento da psicose do paciente à situação objetiva de terem chamado a polícia ou ao fato de ele ter bebido.

O que você pensa do usuário de drogas ?

Olha, eu sei que às vezes é falta de informação, mas a informação sobre álcool e drogas tinha que ser mais direta, falta um trabalho preventivo nas escolas que atinja os alunos.

Quem é o seu paciente usuário de drogas? Como é que você o caracteriza, nível escolar, nível econômico?

Já teve um tempo em que julgava haver uma questão socioeconômica, hoje, acho que não, tem em vários segmentos. Eles incomodam a família pela questão moral, muitas vezes a preocupação é com a lei, é com a polícia, e não com o tratamento, e não com a possibilidade com a escuta, com o diálogo. Então, eu não diria que são carentes, é um misto, não dá para caracterizar, mesmo aqui na clínica, tem uma população internada mais carente, mais predominante, mas também há pessoas de nível razoável, mas que chegaram num ponto que não têm mais o que fazer, precisam de uma contenção para se desintoxicarem.

O que você pensa da família do usuário de drogas?

Eu acho que a família está tão perdida quanto o paciente. Às vezes a família é surpreendida ao saber do envolvimento do filho com drogas ou sabe e faz de conta que não sabe e, quando vem à tona, fica perdida. Eu acho que a família tem um papel importante, que é a busca de reabilitação dessa pessoa, seja filho ou marido. É claro que às vezes a família está desgastada, é comum deixar, o paciente de presente para a instituição cuidar dele (...) "segura um pouco aí que eu não agüento mais". A família também deve ter um lugar no tratamento, a gente sabe que não é fácil conviver com alguém que está o tempo todo mobilizando a atenção e os cuidados. Não adianta sensibilizar a família e não oferecer respaldo. A família está cansada ou assustada pela questão moral ou muito preocupada com a Aids (Síndrome da imuno-deficiência adquirida) ou tem muitas dúvidas de como deve tratar o dependente.

A gente já teve experiência em alguns casos nos quais a família assume a culpa pela não proximidade, por ter se mantido distante, por não ter estado presente em muitos momentos que a pessoa precisava. Há casos de mães que querem ajudar pagando a dívida de tráfico do filho.

Muitos casos de dependência química, que eu atendi, com colega médico ou psicólogo, que são de base afetiva por deficiência biológica. Hoje, são tratados de depressão, com antidepressivos.

O que você acha da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e aos usuários?

É uma postura moralista e discriminatória, usuário de droga é marginal, um bandido, dificilmente se aborda como uma questão de saúde.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Eu não tenho nenhuma identificação particular com relação à bebida ou às drogas. É o desafio, é uma busca por uma questão que a gente não sabe onde vai dar. É uma questão séria, grave, é um problema de saúde. Meu último estágio da faculdade foi no setor de benefícios da Prefeitura de São José e a minha área era atendimento ao alcoolismo com os funcionários municipais. Em certa ocasião, eu vim trazer um funcionário para internação, viemos de caminhão por falta de outro veículo. Ele estava num quadro de delírio. Eu fiquei muito assustada, ao chegar pela primeira vez num hospital psiquiátrico e disse: como podemos deixar o paciente lá? (é o hospital onde S14 trabalha atualmente). Ainda hoje tomo sustos, mas é algo melhor elaborado.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Eu espero que eles encontrem uma vida mais saudável.

Quais são os métodos e técnicas empregados em seu trabalho?

Dinâmica de grupo, reuniões, grupo psicoterápico, trabalhei um pouco com colegas da psicanálise, aprendi a interpretar alguma coisa, o trabalho informativo através de vídeos. Tem pessoas que não têm nenhuma noção do que o álcool pode fazer.

Você acabou de sair de uma reunião com familiares de pacientes.

Como acontece esse encontro de famílias?

Normalmente, é um trabalho de orientação aos familiares, é um "feed-back".

Quais são os resultados obtidos em seu trabalho?

Dificilmente você tem um percentual acima da média, pelo que se investe, acho que pelo menos a metade, mas é difícil atingir tudo isso. As pessoas que vêm para cá são de baixa renda, têm muitos casos de homem de rua, pessoas sem nenhum vínculo. A alta é um "nó", você vai mandar a pessoa para onde? Aqui não pode morar, a pessoa quer trabalhar, está disposta, você percebe que nesse período alguma coisa mudou, mas e lá fora, como é que vai ser?

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante desse trabalho?

Eu acho que é o que você aprende. É o desafio e a busca incansável desse percentual que é atingido, o mínimo que se alcança é gratificante.

Quais são as principais dificuldades encontradas para desenvolver o seu trabalho?

Num primeiro momento, é a pessoa admitir a dependência química; quando a pessoa reconhece ou percebe que é uma questão de saúde, ela se mobiliza mais. Outras dificuldades são de ordem socioeconômica do usuário. A família cansada, a família sem confiança, quando se consegue resgatar é muito bom.

Quais são as fontes de informação sobre transtornos relacionados a substâncias que você utiliza?

É um pouco de tudo. Eu já freqüentei o AA, já estive com o pessoal que tem a técnica deles. Às vezes, a gente vai fazer cursos na Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUCCAMP), sobre alcoolismo, fui conhecer um hospital-dia e participei de simpósios. Eu vou escutar tudo, sempre tem alguma coisa que é diferente, às vezes em livros ou recortes de jornal.

Já li a literatura do AA sobre os doze passos.

Vocês fazem alguma forma de registro e de levantamento de dados dos atendimentos realizados na instituição?

Existem os prontuários, aqui o pessoal trabalha mais na questão da internação e reinternação. Atualmente, eu não sei se estão realizando levantamento estatístico, em outra época a gente tinha uma média de reinternação referente ao alcoolismo e à dependência química

Houve mudanças em sua compreensão do fenômeno da dependência química no decorrer de sua experiência profissional? Quais?

Mudou, sim. Na questão moral, antes de conhecer, de saber se era doença ou não era. Eu também falava - é um "pingaiada" tinha o preconceito deles estarem fedendo pinga, então tinha uma certa antipatia pelas pessoas alcoolizadas. Até hoje não suporto o cheiro de bebida. Mas mudou muito na questão da sensibilida, de valorizar a pessoa que procura tratamento em busca de melhor qualidade de vida.

Você publicou trabalhos na área?

Não.

Você apresentou trabalhos em congressos, simpósios ou encontros científicos sobre o tema?

Já fiz algumas palestras em escolas, no AA e em grupos de jovens vinculados à igreja.

S14, da mesma forma que outros profissionais da área de Saúde Mental, atribui ao álcool a responsabilidade etiológica pelas manifestações de sintomatologia psicótica em pacientes alcoólicos. Por outro lado, é menos freqüente a atribuição inversa, ou seja, de que o sofrimento psicótico pode determinar a procura de alívio na bebida. É comum os alcoolistas responsabilizarem o álcool pelas conseqüências danosas em sua saúde, em sua conduta profissional, social e familiar. Este mesmo discurso é encontrado entre profissionais e leigos. É possível que tal concepção seja reflexo do condicionamento cultural de estabelecerem-se causas objetivas e comprováveis para explicar e enfrentar os aspectos desconhecidos e, por vezes, ameaçadores da vida psicológica.

S14 expõe uma das maiores dificuldades de quem trabalha com pacientes internados sem referência familiar, isto é, como enfrentar a reinsersão social desta população.

S15 Assistente Social

S15 é assistente social com experiência profissional no atendimento a alcoolistas e dependentes químicos em instituições de São José dos Campos, São Paulo. Graduou-se em Serviço Social pela UNIVAP (Universidade do Vale do Paraíba, São Paulo). Trabalhou em empresas do Vale do Paraíba até 1980, quando iniciou sua atividade profissional em hospital psiquiátrico, interrompida em 1988 para trabalhar na área de assistência social de indústria aeronáutica, no ano seguinte retornou ao Hospital, onde permanece até o presente. Quando voltou ao Hospital Psiquiátrico, foi implantada uma ala para tratamento de dependentes químicos - até então eram internados junto aos demais pacientes psiquiátricos - Essa unidade recebe os pacientes de convênios e particulares, os do SUS (Sistema Único de Saúde) continuam em outras alas junto adoentes que apresentam diversas psicopatologias. S15 atende, em média, trinta famílias e trinta pacientes usuários de drogas por semana (estimativa da entrevistada).

Recebeu-me para a entrevista, em julho de 1996, em seu local de trabalho, demonstrando interesse em poder conversar sobre sua experiência profissional no atendimento a usuários de drogas.

> Eu comecei, mesmo, a lidar com drogadependentes há uns seis anos. Antes a gente atendia usuários de drogas, mas não era um trabalho especializado. Era feita a desintoxicação, depois o pessoal fugia do hospital, ia embora, não tinha o trabalho baseado nos doze passos. (...) No começo a gente pena, eles são muito manipuladores, você acredita neles, de repente eles te enganam totalmente, provocam muitos problemas, todo mundo tinha muito medo deles (...) ameaçavam te pegar e te bater lá fora, antigamente era assim. Então, depois a gente começou a trabalhar no sentido de vê-los como doentes. A drogadição é uma doença que precisa ser tratada; embora incurável, tem um certo controle. 90% depende da pessoa, se ela quer fazer tratamento, se não, não adianta. Então, passamos a tratar o dependente de forma diferente, antes eles eram obrigados a permanecer internados, eram sedados, segurávamos à base de

contenção química, de isolamento, depois modificamos a conduta para conversas com o dependente, para mostrar que o tratamento poderia trazer benefícios, se eles o aceitassem.

Agora, a gente consegue manter mais o drogadicto aqui dentro, a gente conversa mais com eles e explica como é a doença e explicamos como são os psicóticos. Antes eles brigavam muito com os psicóticos, então era um sufoco trabalhar com dependente químico. (...) Eles não tinham paciência com o psicótico.

O que mudou?

É porque a gente conversa mais, então agora a gente não tem mais aquele receio deles e também não obrigamos a ficar muito tempo, falamos para a família, quem quer fazer tratamento faz, quem não quer tem que ir embora.

O que você pensa do usuário de drogas e como poderia caracterizar os seus pacientes?

Uma situação que a gente vê em quase todos os dependentes que passaram por aqui, é a depressão, quando crianças. Antes de usarem drogas, com quase todos que eu conversei no N.A (Narcóticos Anônimos), eles contavam histórias relativas à depressão. Eu acho o adicto muito parecido com o PMD (Psicótico Maníaco-depressivo) (...) são inteligentíssimos, são muito espertos, inclusive manipulam muito bem. Outro aspecto que é parecido com o PMD é o descontrole econômico, eles não sabem gastar, eles gastam dinheiro demais e precisam ser reeducados.

As causas da dependência ainda não estão bem determinadas. Eu observo que 90% das pessoas que usam drogas têm pai ou mãe alcoólatra. Ou se não é o pai, a mãe é o tio, o avó. 'Sempre tem alcoolismo na família do drogado'.

O que você pensa e como poderia caracterizar a família do dependente de drogas?

As pessoas que têm estrutura familiar, uma mãe carinhosa, preocupada, um pai presente, elas podem experimentar drogas, cair na marginalidade mas elas voltam. Acho que a recuperação depende mais da família do que do adicto. Os que se recuperam têm pai e mãe que buscaram ajuda terapêutica para o filho. Essas famílias são muito desestruturadas, a mãe não está nem aí, se prostitui, o pai abandona, para esses é muito difícil você encontrar recuperação. Eles se recuperam, passa um tempo e recaem. Tem adicto que não tem estrutura familiar mas casa-se com alguém que tem, então conseguem se reabilitar. Penso que todos os adictos têm problemas graves na família.

Há pessoas que responsabilizam o dependente pela desestruturação familiar.

Eu acho que é o contrário, eles são os mais sensíveis da família, são aqueles que captam tudo, e não sabem o que fazer com aquilo que captaram. Eles vêem o pai se relacionando mal com a mãe, esta se prostituindo, o pai bebendo, eles percebem tudo no ar, daí não sabem o que fazer com aquilo. Eu falo que é estruturada a família que não tem muita rejeição, que não abandona demais, que a mãe se preocupa com o filho.

Eu sempre falo para os colegas da equipe de tratamento que a gente não pode repetir, com o drogado, a situação familiar; tipo assim, mandar como o pai manda, que nem a mãe manda. Temos que ser enérgicos, colocar limites, mas ser carinhosos e amorosos, mostrando que o que nós falamos nós fazemos.

S15 mostra, em sua colocação, a necessidade dos pais mostrarem interesse pela educação dos filhos e de coerência entre o que dizem e o que fazem. Deixa claro que os pais estão sujeitos a falhas e dificuldades na capacidade de aceitar e de manter regularidade na prestação de cuidados aos filhos. Não defende a necessidade de um modelo de família idealizada. Simplesmente, observa que sua experiência empírica indica o lugar imprescindível do pai ou da mãe, ou de outra pessoa, como agentes organizadores da recuperação do adicto.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos drogados?

Eu acho que as pessoas não entendem muito do assunto. Não é só a sociedade, inclusive os psicólogos. Quando eu comecei a lidar com drogados, eles tinham pavor de psicólogo, não queriam ir de jeito nenhum. Depois que eu explicava que o psicólogo trata da personalidade e não da droga eles começavam a procurar. O psicólogo acaba falando assim: se você acha que não faz mal então use. E o drogadicto não pode usar, tem que ter uma pessoa que fale para ele assim: você não pode usar a primeira porque depois vai usar todas. O psicólogo nunca fala isso, deixa para ele decidir, e ele não tem condições de decidir, sempre acha que pode usar.

A sociedade ainda desconhece isso, acha que eles são ruins, que eles são marginais, que usam drogas por maldade. Eu não penso nada disso, eles são incompreendidos. Eles usam por muitas coisas que faltam na vida deles e a sociedade brasileira não sabe nada de drogas.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Eu já tive adicto em casa, meu pai não bebeu a vida inteira, mas, depois da aposentadoria, começou a beber, bebia bastante. Eu tive uma irmã que bebeu muito tempo, agora ela parou. Eu tinha vontade de fazer o meu pai parar de beber, eu não conseguia, era impotente com relação a isso, então comecei a

estudar, a ler livros. Tenho muita paciência e interesse com os pacientes dependentes.

Quais são os seus objetivos ao atender um dependente de drogas?

Eu penso na recuperação dele. Eu acho a abstinência total muito difícil, é como fazer regime e cumprir, imagine, então, a droga. A gente de vez em quando é muito rígida, quer que saiam, achamos que devem sair e que depende deles.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante desse trabalho?

Muito pouca. Quase todos recaem. Não depende de você, igual na análise. Você vai fazer análise quem se cura é o paciente, não é o analista que curou.

Quais são as dificuldades encontradas para tratar dependentes de drogas?

Quando o adicto chega perto da gente, agride, xinga, é difícil conversar com ele você tem que se humilhar, tem que fazer muita coisa para conseguir a confiança dele, porque ele já está desconfiado de todo mundo. Então, a gratificação é pouca e quando ele consegue ficar bem, daí já não é mais você que ajudou, é ele que saiu dessa.

Quais as fontes de informação que você utiliza sobre transtornos relacionados a substâncias?

Leio muitos livros que tratam de dependência química como "O amor é uma escolha" e tantos outros, que ensinam como agir com os pacientes.

Houve mudanças em sua compreensão da dependência de drogas? Quais?

Eu acho que todo dia muda. A gente deve estar com a mente aberta; antes eu tinha uma visão mais moralista, de que eram sem-vergonha, agora vejo como doença.

Cada adicto deve ser tratado de uma forma, não se deve impor, é necessário ser sincero e autêntico, do contrário você não consegue trabalhar com eles.

S15 não publicou nem apresentou trabalhos sobre o tema em palestras ou eventos científicos.

S15 relatou a situação de um familiar que, depois de ter usado cocaína em quatro finais de semana seguidos, a procurou para pedir ajuda, embora os amigos o tenham desencorajado; "você é louco, ela vai te internar na psiquiatria, ele disse-me que preferia morrer do que continuar usando". Ele teve apoio de todos para se tratar e que superou com êxito. Essa experiência parece ter influência decisiva na compreensão de S15 quanto à importância do apoio e participação construtiva da família durante o processo de tratamento.

S15 faz uma autocrítica sobre a dificuldade de manter uma postura mais tolerante e de manter a coerência entre a experiência acumulada e a prática de aceitação da complexa realidade do paciente drogadependente e, ainda, das inúmeras variáveis que norteiam o tratamento. Baseada em sua experiência, aborda como o tratamento deve ser conduzido:

"Eu sei que sou impotente perante a recuperação, que eu posso ajudar no sentido assim de conscientizá-lo das coisas que eu sei, que eu já vivi. Indico que procurem o AA ou o NA, um psicólogo para cuidar da personalidade. Nos grupos de auto - ajuda eles não tem condições de um cuidar do outro, podem criar um problema, por não saberem resolver nem o deles. Eu ajudo na orientação, na conscientização, mas para realmente se empenhar com eles é preciso adotá-los. E isso é muito cansativo".

S16Assistente social

S16 é assistente social, formada pela Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, São Paulo; concluiu, em 1991 o curso de especialização em Saúde Mental na Pontifícia Universidade Católica de Campinas, PUCCAMP, São Paulo. Trabalha com usuários de drogas desde 1988; no presente, exerce função administrativa na Secretaria de Desenvolvimento Social da Prefeitura de São José dos Campos, Estado de São Paulo.

A entrevista com S16 foi realizada em janeiro de 1997.S16 mostrou-se receptiva, interessada em conhecer nossa investigação e colaborou com ela. Organizou uma lista com os profissionais da área Saúde Mental da Prefeitura que atendem usuários de drogas e ela própria colocou-se como sujeito da pesquisa.

S16 relatou a sua experiência com atendimento de transtornos relacionados a substâncias psicoativas.

> A PUCCAMP é o foco da Saúde Mental, lá nós temos vários módulos da questão de como lidar com a drogadependência, desde a hora em que você está atendendo o paciente em surto, por alcoolismo ou droga. Eu tive módulos, sobre emergência psiquiátrica e atendimento de famílias Alguns módulos eu paguei, outros eu consegui pelo SUS (Sistema Único de Saúde). Aqui eu tinha muito contato com a antiga coordenadoria de Saúde Mental. Eu fiquei um período fora da Secretaria Municipal, o meu objetivo era trabalhar com as famílias e com os funcionários públicos municipais com problemas de álcool e drogas. Eu queria ver como é que é trabalhar com funcionários do setor público, prque de empresa privada eu já conhecia, mas eu não gosto de fábrica, não me deixa pensar. Foi quando a Secretaria do Desenvolvimento Social me deu a oportunidade. Eu trabalhei no centro da cidade, São José é uma cidade com forte fluxo migratório; aqui é o corredor migratório em função da via Dutra, do eixo Rio- São Paulo e, também, das cidades vizinhas que expulsam, nossos governos vizinhos expulsam o pessoal das suas cidades e aqui a prefeitura

assiste. Com isso nós notamos a necessidade de descentralizar os serviços municipais.

(...) Eu comecei a estudar e participar de AA, Narcóticos Anônimos, e pesquisei durante um ano os funcionários. Percebi que não era só a questão da substância, era a questão salarial, conjugal, a de migração e de estar fora de uma profissão, os casos de alcoolismo eram comuns e as conseqüências eram demissão ou muito atestado médico, muitas faltas, as esposas se queixando. (...) Nesta época, eu percebi a necessidade de fazer grupo de apoio. Com outros profissionais, criamos grupos de alcoólicos e de familiares, depois foi implantado o centro de Toxicologia. Lá eu fazia grupo de famílias duas vezes por semana (...) daí eu fui participando de todas as questões sobre o uso de drogas e álcool do Município.

Em seguida, S16 detalha como o Serviço Público em Saúde Mental foi se organizando em São José, até adquirir a estrutura atual, com UAISM (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental) norte, sul, leste, centro, UPA (Unidade de Pronto Atendimento), dotada de enfermaria para internações breves, que funciona no mesmo local do hospital-dia. Os casos que exigem internação são encaminhados para os dois hospitais psiquiátricos da cidade, Francisca Julia e Chuí.

S16 comenta as dificuldades encontradas na organização do Serviço:

O trabalho interdisciplinar é difícil, a gente fala em todas as reuniões a respeito da necessidade de se fazer um trabalho integrado, mas ainda somos equipes multidisciplinares.

Os psicólogos e os médicos são muito difíceis, há muita resistência. O assistente social acha que não é obrigação dele trabalhar a saúde, mas o desemprego é, antes de mais nada, social e acaba virando doença.

(...) Se o assistente social está fazendo triagens, recepcionando os novos usuários, atendendo as famílias, ele precisa de mais colaboração e informações. E é apenas a assistente social que faz visita domiciliar. Os outros profissionais

não aceitam fazer visita familiar. Como é possível, assim, a realização de um trabalho integrado, com caráter interdisciplinar? Na equipe tem muita gente boa de discurso mas que não conhece nada do que fala, mas, tem aqueles que não sabem lidar com saúde mental, ainda que gostem.

Nas equipes das UAISM só tem gente que sabe trabalhar, não estou dizendo que está interdisciplinar, mas estamos próximos. Há psiquiatras e psicólogos com boa formação. Alguns passaram em concurso público, mas não gostam do que fazem, alguns sabem trabalhar, sabem o que é um surto, sabem o que é uma queixa, sabem o que é uma questão só escolar e como fazer o encaminhamento da criança.

Segundo S16, a supervisão do trabalho da área de Saúde Mental da Prefeitura de São José dos Campos foi interrompido, mas deve ser retomada. É realizada por um psiquiatra de São Paulo, assim descrito por S16.

Ele tem um trabalho ótimo, ele vive rasgado e ele fala com você como quem estivesse na cozinha, tomando um café. Com buraco na blusa, com a blusa rasgada, e é uma pessoa que tem livro escrito, ele faz a assessoria para nós. Ele dirige um hospital-dia na cidade de São Paulo (onde funciona a Fundação Franco Basaglia), a gente quer fazer algo parecido aqui. As reuniões que a gente faz parme reunião de gente louca, mas todo mundo se entende, aqui. A reunião é grande, tipo sala de espera. Então fala-se de tudo,(...) 'hoje a menina passou e não me deu bom-dia, hoje o cachorro quente não estava muito quente(às vezes eles vendem lá cachorro quente), passa o dia lá, hoje aquela medicação me fez mal, vamos discutir, foi aquela doutora que me deu, quer dizer, não é louco? A doutora explica porque você ficou assim'. (...)

Sobre a continuidade do trabalho da área de Saúde Mental no Município S16 diz:

Hoje nós temos as UAISMS (ambulatórios), e no futuro nós gostaríamos de ter um hospital-dia por região da cidade, por enquanto só temos um.

(...) Grandes médicos falam que doença mental, droga e álcool é coisa de perfumaria, por que tratar isso? Onde já se viu, grandes homens foram epiléticos e produziram tanto. Só que não passaram pelo sistema Collor (referindo-se ao ex-presidente), um monte de coisa aí que você vai ficando louco sem ter uma seqüela de enfoque familiar, você ficou louco porque você ficou desempregado e, em um ano, você ficou louco mesmo, fica sem mulher, sem filho, sem casa, aí passa a ser um homem de rua, então não é loucura?

Pode-se notar que S16 faz uma defesa entusiasmada da necessidade de se tratarem as questões de saúde mental com mais respeito e sensibilidade pela condição do homem como ser vulnerável às pressões sociais.

O que você pensa do usuário de drogas?

Na verdade, eu trabalho mais com o alcoólico e penso que se trata de uma doença. A pessoa pode fazer tudo, mas, antes, ela precisa da bebida. É uma doença, pois todos os que estão num estágio de descontrole não fazem nada antes de beber. O alcoólico ou o drogado, eles falham até por expulsão de alguma agressividade, o drogado é muito mais agressivo e vive muito menos, até porque o ataque mental é muito maior, o álcool ele ataca fisicamente (...) a psique aperta, quando perde o emprego, a família, aí começam os problemas psiquiátricos e problemas de saúde mental e física. A vida do adicto é mais curta, a droga é mais agressiva, e eles estão mais ligados a grupos, saem em levas ou eles se matam ou morrem de "overdose" pois o grupo não deixa mais a pessoa sair.

S16 acentua a responsabilidade da substância, pelos efeitos danosos à vida do usuário, bem como estabelece uma outra relação causal entre as perdas sociais e os problemas psiquiátricos apresentados pelos dependentes. S16 acredita que

pode haver uso controlado de drogas, mas que o uso de álcool é sempre progressivo, devido à predisposição genética. Afirma que:

"o bebedor começa no sábado, domingo, vai para a sexta, quinta, e depois não há mais controle".

Você acha que a pessoa desenvolverá o alcoolismo porque tem uma predisposição, independentemente de seu histórico pessoal, familiar e social?

Eu não vejo nada em separado, como eu falei para você, eu trabalho com o homem integral, eu não vejo nada em separado nas pessoas. O ambiente social pode impedir a progressão, mas existem pessoas que têm o que fator genético que faz a pessoa se tornar dependente.

Agora, o uso de drogas como maconha, cocaína, 'crack', passa a ser doença por fatores sociais e familiares, mas, a curiosidade é muito grande, por se tratar de algo novo, que gera experimentação. Para a população de rua, para os meninos de rua é fuga mesmo, é para suportarem a barra.

O que você pensa da família do dependente de drogas?

A família quer internação, até brigam com a gente. Logo percebemos que tanto a família quanto o doente querem, chegou a um ponto em que ele aceita, de tanto aborrecer a família. Mas ninguém quer saber se dá resultado. Reclamam de existirem apenas dois hospitais psiquiátricos na cidade. Eles acham que o homem de branco e aquele hospital, cheio de árvores, vai dar certo.

A maioria das famílias é dependente de tranqüilizantes. São muito sofridas, muito choronas, pessoas que sempre fazem a "oração": meu filho é tão bom quando está com a família.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e ao usuário de drogas?

Eu acho que não existe traficante sem classe média. A gente sabe que, às vezes, esses homens morrem, às vezes, uns pobres coitados, participando do crime. A classe média está embaixo e é ela quem paga todo esse impacto. E nessa aí rola a juventude, rola gente muito boa, gente que tem um comércio, é um emprego informal que a sociedade criou e que dá muito lucro. O governo não pode nem se envolver muito, porque ele não tem emprego para oferecer para esse pessoal.

A sociedade chia para "dar uma de gostosa", mas, é ela quem consome droga, ela é quem paga a droga. Você acha que esses grupos iriam sobreviver com os pobres?

Quais são as suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Olha, aspiração para ser deputada, senadora ou vereadora eu não tenho, na minha família não há nenhum caso de problema com drogas ou álcool. Eu nem bebo, e o assunto me interessa, eu tenho atração por isso. Será que é alguma missão? Eu acho que é uma questão profissional, eu queria me especializar nessa área e estudo muito sobre isso, e não sei quase nada (...) Eu não acho que isso vá acabar, às vezes eu falo assim: que perda de tempo, a minha, porque eu não vou sair disso.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Eu acho que o trabalho é permanente, o processo é de recuperação e não de cura, e por que eu gosto desse maldito trabalho? Eu acho que é uma questão de pesquisa, de aprender mais, de ajudar, não vinculo isso à minha profissão, não é como assistente social que eu ajo, atuo como pessoa envolvida com a realidade

de seu tempo. De certa maneira, saber mais sobre drogas me fascina, não querendo o mal dos outros. (...) Com a população de rua, o objetivo não é tirá-la daí e sim fazer com que ela viva bem onde está. Não é tirá-lo da rua, porque para eles o público é privado, eu acho que eles têm que entender as conseqüências disso, então eu faço de tudo para que eles façam tratamento, em pouco tempo eles vão perceber que houve uma diferença, até na hora que ele vai dormir, no sono que ele teve, se é mais tranqüilo ou não. Ele vai poder caracterizar como é que eu estava há tempos atrás e como está agora. Eles têm que ter essa oportunidade.

Quais são os métodos e técnicas empregados em seu trabalho?

A nossa ênfase é a questão do grupo. Trabalho individual é para os doentes psiquiátricos; e ainda a terapia ocupacional. Os usuários de drogas e álcool são abordados em grupo, você tem que fazer a vivência, são todos iguais. Para nós, o tratamento em grupo para os adictos é muito mais favorável.

Quais são os resultados obtidos com esse trabalho?

Eu não posso dizer em números, mas estamos aproximando as unidades de atendimento nas regiões da cidade, o excluído é atendido, isso é um ponto positivo. Nossas regiões são enormes e há muita pobreza devido à muita migração, em São José dos Campos. Conseguimos a construção de um bom trabalho nas quatro regiões da cidade, estamos aproximando a população do local de atendimento.

O departamento de recursos humanos faz concursos para as pessoas interessadas em saúde mental; até então os concursos eram feitos de qualquer jeito, quando o aprovado via um doente não queria mais saber desse trabalho. Criamos cinco unidades de pensão protegidas para as pessoas que estão

internadas há quinze, ou vinte anos. Eles já estão andando de ônibus, com monitores, cantando em corais, olhando nos nossos olhos e conversando. O governo da prefeita Angela Guadagnim, que finalizou o mandato recentemente (dezembro de 1996), empenhou-se muito para melhorar o atendimento do doente mental. É árido trabalhar com pessoas enclausuradas por tanto tempo.

Hoje estamos na expectativa de falar com os novos secretários, o novo governo municipal do PSDB assumiu em janeiro de 1996 (mês da entrevista), o governo municipal, anteriormente ocupado pelo PT (partido dos trabalhadores) gestão de 1992 a 1996, para que o nosso plano não seja considerado mera perfumaria e seja interrompido.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante de seu trabalho?

Eu me identifico com o trabalho, eu só posso dizer isso porque eu não ganho nada com isso; eu falei para você, é uma questão de política social e eu me identifico mais, é uma identidade, tem gente que ainda trabalha por identidade profissional. O que vai fazer?

Quais são as principais dificuldades encontradas para realizar o seu trabalho?

Os próprios profissionais e a sociedade que é imediatista, e a descrença dos profissionais, porque estão num modelo muito antigo, eles são muito difíceis.

Quais são as fontes de informação que você utiliza?

Os livros do CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas), as publicações ds Alcoólicos Anônimos, dos Narcóticos Anônimos e todos os núcleos de cursos que nós temos na rede municipal.

Você tem o levantamento de dados sobre a população atendida?

Temos, o plano municipal foi feito, e os últimos foram entregues para o prefeito. Mas nós temos um livro onde você vai ler como estava a situação de São José. Quanto à questão das estatísticas (não a de São José) há muito estardalhaço, acho que teríamos de ser mais verdadeiros, um caso já me sensibiliza, eu não preciso de números e atrás de um poderão vir outros (...) Quando nós observamos o fluxo por região da cidade, a gente vê que não é isso tudo.

Houve mudanças em sua compreensão do fenômeno da drogadependência? Quais?

Com certeza; porque eu também pensava como todo mundo - que pessoas chatas, cheirando a "pinga", imagina você esta droga, o cara urinando nas calças, está drogado, imagina se eu vou me envolver com esse povo, meus pais diziam para eu não me envolver.

Agora eu vou aos hospitais, e converso, vou até na penitenciária, tem tanta coisa que se aprende, é o estudo e a experiência. Você entende que ele é uma pessoa como você, você se identifica com a problemática, aí você não tem nojo, pode vir sujo de mijo, de fezes (...) cada qual gosta de uma coisa , aliás se não tiver identidade, você não funciona.

Você publicou algum trabalho nessa área?

Muitos artigos em revistas e jornais e participação em programas de televisão como o Globo Comunidade (Rede globo de televisão). Uma revista do Paraná publicou sobre o nosso trabalho com drogas e álcool.

Você participa de congressos, simpósios ou palestras ?

A gente tem feito seminários, participado de palestras nas escolas, sindicatos, em indústrias, quando tem a SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho) da CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes). A gente vai, fala, conversa, brinca, o pênis que brocha, a gente brinca muito porque o assunto é chato.

S16 demonstra disposição em coordenar as ações sob sua responsabilidade, atua politicamente junto à população para difundir o trabalho público e, como assessora da Secretaria de Desenvolvimento Social, procura liderar e implantar um programa de saúde mental com equipes multi profissionais com ação interdisciplinar. Uma das prioridades é a redução do número de pacientes internados nos hospitais psiquiátricos da cidade. Outra meta é mudar a mentalidade da população que ainda insiste na prática da internação e não na prevenção da doença mental ou no tratamento ambulatorial.

Notamos, na exposição de S16, seu empenho em mobilizar as forças políticas da administração do município de São José dos Campos e da população, afim de oferecer oportunidades de acolhimento e tratamento digno aos dependentes químicos e demais doentes mentais.

4.5 Psicólogos

S17 Psicólogo / psicodramatista

S17 é psicólogo, formado pela Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Lorena, São Paulo; especializou-se em psicodrama e é mestre em Psicologia Clínica. Sua experiência profissional com usuários de drogas iniciou-se em 1987, no Posto de Atendimento Médico e Odontológico (PAMO) da Prefeitura da cidade de Taubaté, São Paulo e em consultório particular. A entrevista foi realizada em julho de 1996. Apesar de demonstrar disponibilidade para falar de sua experiência profissional, observamos que S17 estava bastante cuidadoso ao elaborar seus relatos, de tal sorte que pudesse traduzir, da maneira o mais fidedigna possível, sua articulação da prática clínica com suas concepções teóricas.

As atividades atuais de S17, com usuários de drogas, estão concentradas na função de professor supervisor de graduados em Psicologia e de psicoterapeuta, em seu consultório, onde, atende uma média de seis pacientes e de três famílias por semana.

Solicitamos que S17 fale de sua experiência no atendimento a usuários de drogas. Como você tem vivido esta experiência, o que você pensa destas pessoas?

> Não é uma experiência homogênea, é a primeira coisa que eu preciso falar, é uma experiência muito ampla. Então, eu tenho experiência tanto com pessoas que usam drogas há muito tempo, com famílias de características psicóticas que acabam vivendo um universo terrível com situações muito caóticas. Às vezes são necessários períodos de internação em função de debilidades de saúde; algo como emagrecimento excessivo em breve período de tempo, em usuários de *crack*. Também tenho trabalhado com outras pessoas: estudantes que usam eventualmente.
>
> O que eu penso é que não existe uma só etiologia, nem uma só abordagem possível neste grande universo.

Como as pessoas chegam até ao seu consultório?

Na minha experiência, há duas formas das pessoas chegarem: a família trazendo ou a procura espontânea. A família traz quando a situação é muito grave, quando não encontra mais saída. E a procura espontânea, em geral a queixa não é a droga, mas no fundo é a droga. Na procura espontânea, as queixas são mais diversas. Na minha experiência, só uma vez, na procura espontânea, a pessoa dizia ter medo de enlouquecer por estar alucinada pelo uso de drogas. Ela achava que estava ficando louca mesmo. E de fato estava.

S17 informa que a droga mais comumente utilizada por seus clientes é a cocaína, seguida da maconha e "crack". Diz, ainda, que não atende o alcoólico, podendo, eventualmente, atender o consumidor de álcool.

S17 diferencia o usuário do dependente pelo vínculo que a personalidade do indivíduo estabelece com o efeito da droga. Caracteriza, como dependência, a relação simbiótica com a substância e a adesão da estrutura de personalidade ao efeito psicoativo desejado.

Solicito que S17 explicite sua diferenciação entre usuários de drogas e dependentes e sua compreensão etiológica.

Eu vejo o usuário com questões mais de natureza social e familiar do que com o vínculo simbiótico do dependente. Eu penso que nós encontramos uma organização psicótica para o toxicômano, que levaria à manutenção do vínculo simbiótico.

Uma formação da personalidade, com uma perda parcial de identidade, uma insegurança basal, isso que os teóricos chamam de partes do eu não identificadas, que gera, mais propriamente na adolescência, um processo de

desligamento da família e uma necessidade de reorganização que inclui as drogas. Não acho que as drogas sejam a única forma de se buscar esse preenchimento, há outras formas e eu incluo a terapia dos terapeutas teóricos. São os terapeutas tóxicos que fazem a mesma coisa que a droga, "fique numa boa, tudo vai dar certo".

Pergunto se, em seu convívio profissioinal, S17 tem observado diferenças entre os adultos e os adolescentes usuários de drogas.

Na minha experiência, há sim. Eu vejo o adolescente buscando a experiência da droga. Os adultos, como usuários ou dependentes, iniciaram na adolescência. Eu não tenho experiência com pessoas que não utilizaram drogas na adolescência e que, na vida adulta, sejam usuários, eu penso que há um início que pode ser interrompido, uma continuidade que depende de uma certa organização psicológica.

S17 faz a opção por psicoterapia individual quando a procura é espontânea e a droga não é uma característica marcante dessa pessoa, e não é causadora de outros problemas graves. Entretanto, quando a droga, além de sintoma, provoca dificuldades e conflitos freqüentes, o tratamento indicado é a psicoterapia familiar. Se houver necessidade de outros procedimentos - psicoterapia individual, medicação - faz o encaminhamento para outros especialistas.

Como as famílias tem recebido as suas indicações?

Em geral, é um susto.

O que você pensa da família do consumidor de drogas?

As mães são terríveis, é dificílimo trabalhar com elas. Apresentam-se assustadas e com muito medo de ser culpabilizadas pelo processo do filho, e de fato são. Há algo muito próprio da drogadição com o relacionamento com a mãe.

O que você tem observado nessas mães que justificaria essa culpa que elas sentem?

Em primeiro lugar, o sentimento de culpa por algum abandono e também alguma erotização, esses dois aspectos são comuns entre essas mães.

E os pais?

Os pais estão fazendo o que todas as mulheres se queixam que os maridos fazem, são grandes provedores e grandes cegos. Em geral, são muito ausentes, e no meu modo de ver, um tanto vampiros. O vampiro, quando passa na frente do espelho, não se enxerga, então eu tenho pais que fumam, que bebem, que usam remédios em excesso, e que não conseguem entender como é que o filho usa droga. Acham que a droga deles não tem nada a ver com a droga do filho. Eu acho que eles são muito vampiros.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e aos consumidores?

A nossa sociedade se caracteriza sobretudo pela distância da elite com a base, então acho que a elite é hipócrita e a base é mal informada e muito manipulada. Aqui no Vale do Paraíba, São Paulo, a sociedade é heterogênea, eu penso que

ela seja desenformada e muito segregadora em função disso. Os nossos intelectuais são terrivelmente hipócritas, eu acho que faz um mal terrível a discussão que vem sendo feita pelo Gabeira (deputado federal Fernando Gabeira, que tem defendido a descriminalização do uso da maconha.

Quais são suas motivações pessoais para atender usuários de drogas?

Nada de específico. Na realidade, a minha experiência pessoal com drogas, se é que posso dizer que tenho, foi com maconha, quando estudante em Lorena, São Paulo, passei muito mal. Então, o meu universo é muito pequeno.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Na minha ação psicoterapêutica, eu fico muito atento às questões sistêmicas. Como o grupo de referência dos dependentes, em geral, não é a família, eu trabalho a família e indico que o drogadependente procure um grupo de ajuda mútua (NA). Com a família, trabalho a reconstrução de laços afetivos, tentando alguns resgates difíceis, mas possíveis.

Quando o usuário vem para a psicoterapia individual por procura espontânea, eu não forneço objetivos; ofereço um método de pesquisa, para a pessoa encontrar algumas repostas.

O que eu consigo perceber como o ideal é que, quando a pessoa está bem, ela consegue pensar os seus pensamentos, e não ficar excluindo coisas, mentindo para si mesma, eu observo que ela deixa de usar drogas. O potencial de cada um é diferente e o que ofereço é o método.

Na procura espontânea, o tratamento é longo, acaba sendo um processo terapêutico. É um processo de busca da pessoa que vai ser reestruturada, pesquisada. Busco a espontaneidade e a compreensão do histórico de vida. Pode

levar três, cinco anos, não há preocupação com a duração. Há trabalhos com adolescentes que são mais rápidos, doze, dezesseis sessões.

Em relação aos métodos e técnicas, S17 utiliza a psicoterapia individual, com técnica psicodramática, e psicoterapia familiar.

Comente os resultados obtidos no atendimento a consumidores de drogas.

Êxitos e fracassos.

Como em outros atendimentos?

Não. É diferenciado, em função das dificuldades sociais, familiares. Eu penso que é uma área muito mais complexa do que situações de consultório, em geral. Eu acho a raiz da droga mais profunda, esta mais relacionada às psicoses, com necessidade de buscar uma identidade externa.

Comente sobre a gratificação pessoal e profissional obtidas com essa população.

Eu tenho que situar o tipo de demanda desse paciente, dessa pessoa que busca terapia. Falando radicalmente, eu não acredito em terapia corporal, terapia de drogas, terapia de aprendizagem, eu acredito em terapia. 'Eu não trato o usuário de drogas, eu trato a pessoa'.

O meu trabalho é com os objetivos que a pessoa vai traçando ao longo do relacionamento comigo. Não há um objetivo pré estabelecido, salvo nos casos de risco de vida; a vida é o valor maior da pessoa, eu não posso ver uma pessoa

se matando, jurada de morte por traficantes e deixá-la na cidade. Eu tomo as condutas que não são de terapeuta, são de um psicólogo, busco internação, outras alternativas. Não adianta nada internar se a pessoa não muda, mas se a abstinência vai salvar a vida, eu vou propor para a família interná-la. Reforçando, eu não trato drogados, eu trato pessoas.

Quais são as principais dificuldades encontradas no atendimento a usuários de drogas?

Falta de apoio, a falta de estrutura social, a desinformação, a segregação, além dessas dificuldades, há também a pressão. Acho que nada que se faz sob pressão é bem decidido.

Quais são suas fontes de informação sobre transtornos relacionados a substâncias?

É essa quantidade de bobagens que a gente tem que passar os olhos. Não existe uma literatura, não pode existir uma literatura específica, tem que existir uma psicologia; estudos sistemáticos que tragam a possibilidade de compreensão da droga em sua abordagem.

S17 comenta que tem o hábito de registrar a história clínica e as observações relativas aos atendimentos. Entretanto não realiza levantamento de dados ou tratamento estatístico de seus registros.

Houve mudanças em sua compreensão desse fenômeno, no decorrer de sua experiência? Quais?

> Mudou muito. Mudou porque eu comecei não sendo terapeuta, eu comecei com uma bandeira, que não se pode, que não se deve usar drogas. Cocaína, deixa disso. É, eu fazia como o viciado em cocaína diz: que ela olha para mim, me chama e eu não resisto. Eu tentava fazer um anteparo, coisa completamente ingênua. Eu era o anteparo. Era tão bobo que eu chegava a perguntar: quantas vezes você usa? Imagina, muito inocente!

Muitos profissionais se declaram insatisfeitos e frustrados com os resultados obtidos no atendimento dessa clientela. Como você se situa em relação a isso?

> Eu sou muito solidário com essas pessoas que tentam salvar as outras.

S17 revela, com senso de humor, sua capacidade de autocrítica e discriminação de seu papel profisional com aos usuários de drogas.

S17 participa de palestras e simpósios sobre farmacodependência, mas não publicou nenhum trabalho sobre o tema.

As substâncias ilícitas, quando comparadas as lícitas (tabaco, álcool) são a meta prioritária das preocupações presentes no discurso de S17 e de muitos outros profissionais da área de saúde Mental..

S17 ressalta a estrutura de personalidade e da família como fatores determinantes na caracterização diagnóstica e do prognóstico da interação do adolescente com a droga. Embora levando-se em conta as limitações, próprias da situação de uma única entrevista, podemos destacar que, para S17, um suposto grupo familiar melhor pode aceitar o filho adolescente, e desta maneira, reduzir o risco de busca de aceitação no grupo de drogadependentes.

S17 assinala que trata pessoas e não categorias diagnósticas ou estigmas culturais.

S18 Psicólogo

S18 é psicólogo, graduado pela Universidade de Mogi das Cruzes, São Paulo. Iniciou, há doze anos, suas atividades profissionais no Hospital psiquiátrico de São José dos Campos, São Paulo e lá permanece até o presente. Recebeu-me para a entrevista, em seu local de trabalho. Demonstrou estar motivado para comentar sobre sua experiência com usuários de drogas.

Na fase inicial de seu trabalho no Hospital, S18 atendia todos os pacientes, não havia um tratamento diferenciado para os alcoolistas e toxicômanos. Há quatro anos, foi criada uma ala destinada ao tratamento dos consumidores de drogas. S18 caracteriza a abordagem desenvolvida, atualmente, como específica para o que ele e a equipe chamam de dependente químico e seus familiares.

Solicito que S18 fale de sua experiência com o tratamento dos dependente de drogas.

> Então, a gente tem um trabalho com os doze passos, que vêm do AA, e faz trabalho de sentimentos aos sábados de manhã com as famílias, para integrar o dependente e a família. A família chega muito mais doente que o dependente químico. Sente-se culpada e que fracassou em alguma coisa e logo pergunta: onde é que eu errei? Então, ela começa a receber noções sobre a doença, orientação para procurar o NARANON (grupo para familiares de dependentes). Informa-se que o paciente vai ter que participar do NA (Narcóticos Anônimos) o resto da vida. A família pensa que o paciente vai fazer uma internação e vai ficar curado, que não vai ter que fazer mais nada. Ela saberá que não é assim, ele não estará curado de uma doença progressiva, que pode matar, terá que dar seqüência ao tratamento. Ela, também, acaba tendo todos os sintomas, sem estar usando a droga.

S18 explica que a internação varia entre quarenta e cinqüenta dias e que o pós - tratamento é feito preferencialmente em grupo. A função do grupo é a de partilhar experiências com outros dependentes. O grupo de família tem a finalidade de informar sobre o paciente, sua doença e troca de experiências.

Só participa do grupo o paciente que esteja querendo fazer mudança de vida (...) Essa mudança de vida ele só vai conseguir ver quando ele está no fundo do poço.

O que é o fundo de poço?

Cada um tem o seu fundo de poço. Pode ser perder o emprego, ou brigar com a família, ou uma doença. Vai ser a hora em que ele se dá conta das perdas significativas da vida dele, se vai começar a lutar pela sobrevivência e buscar uma perspectiva. Então, é a hora em que a gente vai ter que fazer essa mudança na vida dele. A mudança dos velhos hábitos, quer dizer, mudança de amigos, do ambiente que freqüentava, trabalhar sentimentos, ele vai reconstruir aquela vida.

Então, há necessidade de ele fazer essa mudança, como uma ação dele. Então, não pode ser nada imposto, tem que ele querer passar por isso.

Ele vai ter que admitir que é impotente diante da droga?

Nessa rendição, ele vai admitir que a rendição é uma derrota total para ele. Então, ele vai ver que é um doente, que precisa de um grupo, sozinho ele não vai conseguir. É aceitar a vida como ela é. E essa derrota total entra como o primeiro passo para a impotência perante a doença dele, e de perda de controle da vida. Coisa que ele não vai conseguir ter mais.

Se ele achar que vai ter de novo o controle, ele vai voltar a usar drogas.

S18 aborda o que pensa e como caracteriza a procura de tratamento pelo dependente químico que chegou ao "fundo do poço" rendendo-se.

> O fundo do poço é quando o dependente percebe que a droga não o livra da solidão, ele está usando droga e está na solidão. Ele vê que perdeu tudo isso, olha para os lados e nota o que sobrou e que precisa começar a lutar pela vida. É a hora da rendição. Se não encontrar o fundo do poço, não consegue fazer a rendição. O orgulho está muito alto, ele tem que quebrar esse orgulho para se render e aceitar novas idéias, novas experiências, novos conceitos que o orgulho dele não vai aceitar. Eu até falo, em grupo, que o orgulhoso pensa que sabe tudo e o humilde está sempre aprendendo. Então, você fala para a pessoa que está com o orgulho muito alto, com a mente fechada, você joga a programação e não entra nada. É como se fosse um discurso, aquilo bate e volta.

O que você pensa da família do dependente de drogas?

> A família não tem culpa, o indivíduo tem essa predisposição. É uma doença que atinge qualquer camada social, não depende de raça, cor, de posição econômica. Ela atinge qualquer um. A família, às vezes, diz: "eu falhei em alguma coisa, eu acho que não eduquei direito. Onde será que eu falhei"? Não houve falhas. A gente vê, aqui, famílias desestruturadas e famílias que ficam desestruturadas pelo fato do paciente começar a usar droga. A família fica arrasada .

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e aos usuários?

> Eu acho que eles sofrem o estigma. Existe muito preconceito, principalmente quando o indivíduo não é visto como um doente E isso acaba atrapalhando, o próprio paciente acaba sentindo isso. Deveria ser mais divulgado que é uma doença e que pode ser estacionada.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

É uma área que você tem que gostar. Eu acho que é uma área na qual se aprende todos os dias. O profissional que fala que sabe tudo de adição, sei tudo de adicto, ele está mentindo, porque todo dia você aprende coisas novas. É preciso gostar, para ir a fundo (...) é muito gratificante poder ajudar a devolver a esperança a uma pessoa.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Uma vez que ele é um doente, sempre vai perder para a doença, eu espero que eles aceitem a programação dos (doze passos) para poderem estacionar a doença (...) ele saiu do trilho e tem que ajudar esse trem voltar para o trilho novamente.

Quais são os resultados obtidos com a metodologia de trabalho adotada?

A gente não tem aqui uma porcentagem, nem dados estatísticos.

Uma coisa que a gente tem que entender é que a programação é para trabalhar o lado interior do indivíduo. Ele vai passar pelo primeiro, segundo, terceiro e no quarto passo ele vai fazer o inventário da vida. Ele vai escrever tudo da vida, desde o nascimento até o dia da internação. Ele vai ter que ser bem honesto para poder mudar, para ele não manipular as condições em que vai escrever a vida dele.

Quais são as principais dificuldades encontradas em seu trabalho?

É a aceitação da doença e cumprir os passos da programação. Durante a crise de abstinência, o paciente pode ter atitudes hostis, vai ser autoritário, vai provocar,

vai querer manipular (...) se o profissional levar para o lado pessoal, quando o paciente é irônico, e ataca os sentimentos das pessoas, ele vai provocar. É a característica dele. O profissional tem que entender que isso faz parte e mostrar ao grupo o que uma ativa (estar consumindo drogas) faz.

Ao longo de sua experiência profissional, mudou algo coisa em sua compreensão sobre a dependência química?

Em que sentido você fala?

Qual a visão que você tinha desses pacientes quando começou a trabalhar com eles e como a experiência modificou, ou não, o seu entendimento da dependência de drogas?

A mesma. Sempre como uma pessoa que tem uma doença, precisa de ajuda, sem a ação deles não adianta. Antes eu já tinha essa idéia. Agora a gente vai aprendendo mais.

Há um discurso em que S18 afirma aprender todos os dias com os pacientes, embora não esclareça o que está aprendendo com eles.

S18 apresentou, no seu relato, os pontos de vista de AA, NA e NARANON relativos aos padrões de caracterização, dos alcoolistas, adictos e de suas famílias como co-dependentes, bem como a uniformização do tratamento a ser aplicado.

Antes que os pacientes manifestem as suas singularidades, já estão devidamente classificados e enquadrados, por conta de sinais e sintomas comuns, em diagnósticos e prognósticos rígidos. O lugar do paciente está preenchido por um saber prévio que independe dele, assim, o tratamento já está predeterminado, restando ao sujeito paciente

adaptar-se a ele. Objetiva -se, com estes procedimentos, a substituição da dependência de substâncias por uma ideologia de tratamento.

Na concepção de S18, a drogadependência, por ser encontrada em diversas camadas sociais, níveis culturais, o que ele explica por meio da hipótese de participação genética, outras variáveis são descartadas. S18 acredita que a causa da dependência de drogas é a compulsão que, segundo ele, é uma predisposição genética para a qual não há cura.

S19 Psicóloga / psicanalista

S19 é psicóloga, graduada pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Estado de São Paulo, tendo cursado os créditos de mestrado em Psicologia Clínica, interrompendo-o, porém, antes da defesa da dissertação. Atualmente, está concluindo a formação em Psicanálise pelo Instituto Brasileiro de Psicanálise de São Paulo, da Sociedade Brasileira de Psicanálise de São Paulo (SBPSP).

A entrevista com S19 foi realizada em seu consultório, em março de 1997. S19 mostrou-se cautelosa em suas colocações; apesar de verbalizar e demonstrar interesse em participar da pesquisa, parecia desejar que a entrevista fosse logo encerrada.

A experiência de S19 com usuários de drogas começou em 1974, quando fazia estágio acadêmico no Centro Comunitário de Parelheiros, na cidade de São Paulo; depois de formada trabalhou numa Clínica psiquiátrica e em consultório particular. Atualmente, em seu consultório, em São José dos Campos, atende por semana, uma média de dois pacientes que usam drogas.

S18 relata a sua experiência profissional com usuários de drogas.

> Eu diria que são pacientes que apresentam algo de escorregadio, eu noto que quando um paciente vem com essa queixa, parece que vem muito ameaçado de que a gente tire um prazer dele. Parece que ele tem que trocar uma coisa que dá prazer por uma que dá menos prazer, que é pensar. Quer dizer, com a droga, o retorno em termos de prazer é muito mais imediato do que analisar, investigar, adiar a gratificação, escolher. Então, a princípio, não parece que é um bom negócio para esses pacientes fazer uma análise, em termos de prazer. E são pessoas que são muito dependentes de prazer, precisam sempre estar tendo muito prazer para viver. Eu diria que são mais prazer/adictos por vários tipos de prazer. Eu tinha uma paciente que era viciada em comprar coisas, então era uma forma de prazer. Tem outras pessoas que têm uma adição por sexo, parece que

precisam ter sempre um clima erótico, ou as relações têm que estar sempre gratificando de alguma forma para elas terem algum valor e importância; e há as pessoas que são dependentes químicos, que parece que é o alvo, são as substâncias.

(...) O número de pessoas que usa remédio para dormir, algum tipo de tranqüilizante quer dizer, se sustentam vivos à base de química, é muito grande.

O que mais você quer saber?

No momento em você começou a trabalhar, conte um pouco de sua experiência com esta população.

Eu nunca me especializei nessa população, porque eu também não trato da dependência química, eu, juntamente com o paciente, a gente estabelece uma parceria, nós nos dispomos a uma investigação de como ele funciona mentalmente, como é o mundo mental dele, e qual é o sentido que aparece, vamos dizer, da dependência química. Por exemplo, um alcoolismo, qual é a questão da falta dentro dele, eu não tenho um programa com dependentes de álcool, eu trato desse jeito. Para te dar um exemplo, que é uma questão do sentido, há pessoas que são dependentes de *whisky*, têm pessoas que são dependentes de líquido, então, não têm limite, quando começam a tomar cerveja tomam dez, precisam se encharcar, não sentem que tem algo dentro, é uma forma de se preencher, ou se hidratar, não têm uma sensação de suficiência, vamos dizer assim.

O que você pensa do usuário de drogas?

Quando o paciente chega, eu não digo: Ah, chegou o usuário. Quem vem procurar ajuda profissional está infeliz com ele mesmo, em muitas áreas da

vida. Até hoje eu não encontrei uma pessoa que diga: eu sou infeliz porque bebo ou me drogo; ele está insatisfeito em vários setores da vida, e, inclusive, pelo fato de beber, porque dá um estigma para ele mesmo, cria uma mancha. Parece uma malignidade mental.

Realmente, eu não tenho uma técnica específica, eu analiso a pessoa, não o dependente químico.

Hoje em dia eu sou muito mais cuidadosa ao tomar um paciente, em análise, quando está com séria dependência química. Quando a gente é mais jovem, é mais ou menos onipotente; vem que eu dou conta.

Uma pessoa com queixa de dependência de cocaína, eu não vou dizer: "vem fazer análise que dá certo". Eu acho que tem que ter uma série de cuidados, porque essa pessoa não está em condições de pensar, eu nem sei se quer pensar, nem por pressão familiar. É diferente quando alguém que passa por uma hospitalização, uma desintoxicação, a família está disposta a um trabalho familiar paralelo, está disposta a investir, aí eu acho que dá certo.

Eu já tive um paciente que era viciado em cocaína, mas ele tinha vontade de sair - tinha verdadeiro horror da idéia de ser internado - e, com a análise ele conseguiu deixar a cocaína. Ele sentia o quanto estava destruindo o seu dia-a-dia, ele tinha consciência da própria destruição. Ele não veio porque a família mandou, ele já tinha consciência do quanto aquilo estava sendo danoso. Como eu tenho um paciente muito jovem, que está saindo do alcoolismo, o trabalho de análise deu a ele consciência de quanto é sofrido ter o estigma e a imagem que estava criando na família, e a consciência dos danos que ele vem causando para a vida dele. Ele está sentindo cada vez menos necessidade de se embebedar.

E como você analisa, hoje, quais as causas de uma situação de dependência? Como observa a origem e o desenvolvimento do uso de drogas?

> Olha, eu sei que tem gente que acha que tem uma coisa muito específica na matriz básica que leva à droga, eu diria, são várias, eu diria, problemas de desenvolvimento que a gente passa desde o nascimento, que levam a gente para várias direções de vida. Por que aquele indivíduo foi para a drogadição e não para uma anorexia nervosa ou se tornou obeso? A gente não sabe; se isso é uma defesa, psicose, então eu não posso determinar, eu acho que é voar muito. O que eu sei, tenho experiência de que famílias mais desestruturadas, que não puderam oferecer continência afetiva, crianças que somam fracassos na vida, que não dão certo na escola, em casa, de repente acharam um bom colírio, um bom aditivo, acharam um grupo que goste. Mas na realidade, é um grande mistério. Por que tantos experimentam e não se viciam e saem? E por que alguns experimentam e acabam morrendo? Eu não conseguiria dizer que esse pai é assim, essa mãe é de um tal tipo de personalidade e que leva a isso.

S19 não fundamenta sua compreensão do paciente a partir de classificação psicopatológica. Admite que, para se identificar se a família de um hipocondríaca apresenta uma dinâmica e uma estrutura familiar diferentes de um obsessivo, de um psicótico ou de um dependente, é necessário o estudo de vários casos.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação as drogas psicoativas e aos usuários?

> Eu vejo um movimento muito importante em levar mais a sério essa questão, por exemplo, a escola das minhas crianças está fazendo um projeto, desde o primeiro grau, de valorização da vida. Eu acho que a questão não é só dizer que a droga faz mal; todo mundo que fuma sabe que faz mal, todo mundo que bebe sabe que de alguma forma pode fazer mal. A implantação de projetos de valorização da vida demonstra uma maior preocupação de caráter preventivo.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com dependentes de drogas?

Antes de mais nada, são pessoas, se eu sinto que estão sofridas e buscando análise, e há uma demanda real, verdadeira de análise, eu me disponho.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Dentro da minha perspectiva, se o paciente sentir que eu estou falando com ele para ele deixar de beber, eu perdi esse paciente. Se ele sentir que eu estou sendo diretiva (...) desanda a análise; eu acho que quando ele tem desenvolvimento mental, ele mesmo vai lidar com isso: senão contar com sustentação mental suficiente, não pode abrir mão desse tipo de prazer. À medida que ele mesmo encontra outros prazeres internos, com ele mesmo, com a vida mental dele, com as relações de vida, a droga deixa de ser tão imprescindível.

S19 utiliza o método psicanalítico; quanto ao número de sessões semanais, assinala que quando uma pessoa está sofrendo, sugere que um maior número de encontros torna mais produtiva a relação ecompara com um casamento, no qual, quanto mais se consegue conviver e se obtém maior conhecimento, mais se aprimora o relacionamento.

Em relação aos resultados obtidos com seu trabalho, S19 diz que:

Quando existe um sofrimento e interesse em sair da condição de dependente de droga, eu vejo perspectiva. Algumas pessoas vieram aqui totalmente dependentes de cocaína, fazendo parte de um grupo da "pesada", que já perdeu o estudo, que perderam quase todos os vínculos, a família dizendo que "já rodou a cidade", e vem aqui mais para - olha eu não experimentei esse psicólogo ainda, que disseram que é bom - eu não vejo perspectiva. Esses casos não vão em frente. Não há um pedido sério de investigação, ou um pedido de socorro.

Eu acho que nós não somos tão onipotentes assim para querer competir, por exemplo, com a cocaína, aí eu acho que é covardia. Alguém que está dependente de cocaína diariamente, e vem para a análise drogado, se pode fazer pouco. É diferente quando, por exemplo, eu tinha uma paciente que, às vezes, vinha para a sessão depois de fumar (maconha) e, com o tempo, nós duas fomos percebendo como é que era o contato dela comigo, quando ela vinha "fumada" e quando ela vinha sem fumar. E ela mesma foi, com o tempo, dizendo assim, que estava podendo enfrentar esse contato humano sem se anestesiar, antes ela dizia que fumava uma "vela" (cigarro de maconha espesso e longo, "baseado", "bomba"), antes da sessão.

Para ela, era tão angustiante o encontro humano com ela mesma, que tinha que se anestesiar. Com o passar do tempo, isso foi diminuindo, até que ela deixou, era uma pessoa que fazia uso diário, quer dizer, era movida a maconha. Com cocaína, eu tenho a impressão que a briga é mais séria, ali o "bicho é bravo". A minha experiência com pacientes que vinham "cheirados" ou injetados, eu não conseguia muito contato não. Eu acho que aí o roubo e o rombo são muito maiores, o estrago é muito maior, é uma judiação. É como você estar com um amigo num barzinho tomando a sua cerveja numa boa, daqui a pouco o cara começa a perder a crítica, não que ele dê um "show", mas, de repente, você percebe que ele não está mais ali; houve uma mudança nele, tem um apêndice dele, então você perde a pessoa com quem estava conversando. Essa é a queixa de muitas mulheres de maridos que bebem, não é a agressividade ou a inconveniência.

Quais são as fontes de informação sobre toxicomania que você utiliza?

Não utilizo nenhuma fonte específica; porque eu não trato do dependente.

Quanto à gratificação profissional e pessoal resultante de seu trabalho, S19 não acrescenta nada de específico para os usuários de drogas. Em relação às dificuldades encontradas no atendimento a usuários de drogas, S19 afirma que, a não ser que a pessoa esteja muito envolvida e com drogas pesadas, a situação não é para análise e, sim, para desintoxicação. Considera imperioso a pessoa se libertar da droga, ainda que não totalmente, para ter condição mental para a intervenção psicanalítica.

S19 não publicou trabalhos nem participou de nenhum evento correlato sobre sua experiência com usuários de drogas, exceto na organização de uma jornada, há dez anos , com a participação da Drª. Jandira Mansur, da Escola Paulista de Medicina. Destaca que o aspecto que mais lhe chamou a atenção nesse encontro foi a afirmação, da reconhecida pesquisadora do alcoolismo, relativa ao fator genético, de que o organismo de algumas pessoas aceita melhor a bebida alcoólica, e pode torná-las mais vulneráveis e predispostas a desenvolverem um quadro de dependência.

S19 tem o cuidado de não fazer observações e levantar hipóteses com caráter genérico. Sua postura investigativa prioriza cada sujeito em particular.

S20Psicólogo

S20 é psicólogo, formado pela Universidade de Mogi das Cruzes, São Paulo, e com especialização em logoterapia, concluída em 1994. Trabalha com usuários de drogas, desde 1995, quando ingressou na Secretaria de Saúde da Prefeitura de São José dos Campos. Atualmente, trabalha em uma das quatro UAISM (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental) do Município. A entrevista com S20 foi realizada em fevereiro de 1997. O entrevistado mostrou-se espontâneo e à vontade durante a conversa sobre sua experiência de atender uma média de dezesseis adolescentes usuários de drogas, e o mesmo número de famílias, por semana.

Solicito que S20 relate sua experiência, com usuários de drogas.

Na verdade, eu não tenho experiência nenhuma, estou criando a experiência, devido a necessidade da demanda, desde que eu cheguei à Saúde Mental, em 1995, em São José dos Campos; antes, em Jacareí, São Paulo, eu não fazia esse tipo de trabalho. Aqui, vim para a região sul, que é a mais populosa de São José, a mais violenta, a mais problemática, em todos os sentidos. Havia uma demanda, uma lista de espera de adolescentes, que ninguém, na época, priorizava essas pessoas. Eu comecei a chamar os jovens e a trabalhar com eles, e a comunidade, vendo sua necessidade atendida, passou a trazer mais adolescentes. Fui me identificando com o trabalho e vi que tinha jeito para lidar com os jovens, eu conseguia entender bem a problemática deles, e foram trazendo outros.

Como a maioria dos problemas é distúrbio de comportamento e, dentro desse distúrbio, está a questão da delinqüência, do uso de drogas, problemas de relacionamento com os pais etc. Os adolescentes tinham envolvimentos leves, mais graves e dependência, mesmo, da droga, si em, e fui atrás dos recursos de assistência da rede pública.

Nunca me preocupei em trabalhar a questão da dependência ou me voltar especificamente para isso. Eu trabalhava a questão que aquele jovem estava apresentando, independente do que a mãe, o pai, o vizinho, o conselho tutelar, a polícia ou quem encaminhou queria. O que importa é o que ele quer. Eu quero parar de usar droga, então, vamos ver o que é isto? O que é usar droga? Quanto você usa? Onde usa? Por que você começou? etc. À medida que eles iam respondendo às intervenções, ia trabalhando, não havia um programa para o usuário, eu não criei um programa, nem tenho uma cópia, eu tenho um programa para adolescentes que usem drogas ou não.

Eu comecei com grupos de adolescentes na Fundação Cultural de São José dos Campos, alguns jovens de lá puderam participar, usuários e não usuários de drogas, trabalhava com vídeo. De uma forma geral, naquela época, havia usuários de cola de sapateiro, alguns usavam maconha, uma garota traficava cocaína, eu não havia identificado nenhum dependente químico. Havia usuários e abusadores, de final de semana, diziam que era para "zuar". Eu e mais dois funcionários da Fundação trazíamos uma câmara de vídeo, eles criavam roteiros, e os demais participantes do grupo tinham que encenar, para que a produção do grupo fosse filmada em vídeo. De um modo geral, esses adolescentes tinham passagens pela polícia, atos infracionais, ou eram vinculados à liberdade que preconiza o ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), ou eram levados pela família. Então, eles traziam um roteiro dessa realidade, uso de drogas, de violência, de bandidagem etc. Eles podiam filmar do jeito que eles achavam que tinha que ser. Isso chamava a atenção, despertava o interesse dos outros, eles começavam a olhar a televisão e as propagandas com muito mais críticas, olhando de um outro ponto de vista, e no meio disso tudo todas as questões eram discutidas. (...) Nessa época, havia um garotinho que tinha sido encaminhado por distúrbio de conduta sexual; ele se masturbava, abria a porta para todos verem etc. Era a peste da escola, e era a peste na sala de tratamento. Esse garoto, de tanto ver ele ser chato, porque era filmada a chatice dele, tanto que ele incomodava, se enfiava na frente da filmagem, atrapalhando os colegas. A fita era repetida várias vezes e ele, se

vendo daquele jeito e com o "feed-back" dos colegas - você é chato, como você é pentelho, não pára, olha lá ele de novo - isso bastou para ele perceber que estava sendo inconveniente. Só esse fato bastou e ele passou a fazer as reflexões dele e mudou. Numa das filmagens, o roteiro era sobre pipas, e ele havia feito uma pipa, e os professores valorizaram, colocaram em exposição, esse menino se tornou o melhor aluno da escola. A escola nos informou sobre as mudanças de comportamento dele.

Um usuário de cola cheirava e ficava agressivo, quebrava as coisas em casa, e a gente resolveu filmá-lo onde ele fumava, cheirava cola, e o que ele quebrava em casa - tudo realizado com o consentimento dele. Depois passávamos vídeos informativos sobre os prejuízos provocados pelas drogas, esse material era assistido e discutido. Mas nunca foi dito, "olha não use, não faça isso, você faz o que quiser", mas veja, deixávamos assinalado que algo poderia não estar legal.

'Quando a gente começava a trabalhar as questões de comportamento e de relacionamento, eu observava que o uso de drogas diminuía, eles iam descobrindo outros interesses'.

Há uma ampla discussão na cidade de São José dos Campos a respeito do que fazer com os adolescentes consumidores de drogas. A prefeitura tentou fazer alguns convênios, procurávamos locais que oferecessem um suporte, além do ocupacional, que pudesse cobrir outro nível terapêutico. A nossa opção foi pelo trabalho do padre Haroldo de Campinas (Fazenda do Senhor Jesus). Os jovens que apresentavam altos níveis de dependência e com risco de vida, ou infratores graves, com envolvimento no tráfico, eram encaminhados.

No final do ano passado (1996), a gente teve uma experiência com um adolescente dependente de "crack", que passou pela UPA (Unidade de Pronto Atendimento) de saúde mental por "overdose", pediu ajuda e nós o acompanhamos. Eu entendi que não poderia ser no nível ambulatorial, devido ao nível de dependência em que ele estava, tive que discutir com o médico, que

achava que deveria ser ambulatorial e eu entendia que tinha que ser internação naquele momento. Ele acabou internado na própria UPA e, no dia seguinte, apresentou síndrome de abstinência, passou dez dias muito mal, apresentou alucinações e delírios. Foi a partir daí que observamos que estávamos tentando de uma forma errada; sem internação. Esse foi o primeiro caso que serviu de exemplo para a gente começar a definir o que é a dependência química e o que é o usuário abusador.

O que você pensa do usuário de drogas?

Eu acho que o usuário de drogas tem, basicamente, baixa auto-estima. Ele tem toda a carga de não poder se expressar de uma maneira adequada. Não se relaciona consigo mesmo de uma maneira legal e acaba, por um motivo ou outro, seja pela turma, seja porque quer saber que jeito que é, seja porque não está bem, seja por qualquer coisa, buscando uma compensação para essas coisas, acaba entrando na droga.

A cocaína deixa eufórico, ele conversa, ele consegue chegar na menina, ele consegue jogar um "chaveco" (jogo de conquista) e ficar com ela. A maconha acaba sendo uma questão do grupo, dá para observar muito a diferença do usuário de maconha com o de cocaína. O usuário de maconha está junto com o grupo, que é muito unido; é o fato de dichavar (separar as folhas) a maconha, de enrolar, leva tempo, é uma arte. Há competição entre eles para ver quem faz o melhor, o mais bonito, o mais fino, o mais firme. Isso acaba pegando conversa, relacionamento, de modo geral, eles vão a lugares retirados, dentro de casa, escondidos da polícia ou de outros bandidos. É onde eles ficam algum tempo, falando, e isso vai alimentando, a maconha vai fazendo efeito, eles dão risadas, viajam, e cada um acompanha a viagem do outro, eles se misturam e se identificam entre si, fortalecem a estima pessoal e o relacionamento consigo mesmos.

Eu observo que o usuário de cocaína arruma mais encrencas, briga mais, é mais violento, ele é mais agitado.

Eu faço a pergunta: de todas as drogas que você usa, qual é a preferida? Se a preferida é cocaína, eu já sei que esse é mais agressivo, ele tem a necessidade de ter os limites bem estabelecidos. Se a preferência é por maconha, eu fico mais tranqüilo, mais relaxado e trabalho todas as questões de relacionamento; eu fico mais calmo, eu não preciso ser tão agressivo quanto eu sou com o usuário de cocaína ou *crack*. Eu começo a valorizar detalhes da vida que estão despercebidos, peço que o usuário de maconha se expresse mais, que busque outros prazeres. (...) Com usuários de "crack", aparece a delinqüência; eu, até agora, não encontrei nenhum que não tivesse revólver e que não tivesse dado um tiro para assustar e que não tivesse praticado assalto etc. Com esse camarada, a coisa complica mais, porque a gente não tem estrutura para segurar, para tratar, até porque a família é mais desestruturada. Aí, eu, também, entro com mais violência, eu tento procurar a brecha para entrar no ponto fraco dele. Aonde ele me permitir, eu digo, tem muito que se preocupar com o resultado de deixar ou não a droga. Se o estágio é de dependência, a intervenção deve ser medicamentosa, em geral, com internação.

Quando está no estágio de usuário ou de abusador, eu falo assim para os meninos: E aí, já broxou? Não, está escrito aqui, usuário de "crack" e cocaína vai broxar. Isso para o menino é a morte. Eu falo, então, você vai virar "gay", com certeza. Olha, meu amigo, se você usou tudo isso de droga, quando chegar aos vinte, o seu pênis não vai levantar nem que você queira. Eu falo do pênis, que às vezes demora para levantar e depois que levanta não quer mais abaixar, e a demora para gozar. Eu trabalho dessa maneira e os abusadores dão uma certa maneirada. Então, eu aproveito para tratar a agressividade que essas pessoas têm, principalmente com elas mesmas. Passo a trabalhar num nível mais terapêutico, através de expressão, de desenho, de pintura, seja o que for.

Solicito que S20 comente sua experiência com as famílias dos usuários de drogas.

> Os adolescentes se queixam que o nível de agressividade familiar é alto, que o pai não entende a mãe, que o pai bate na mãe, que o pai usa droga, que o cunhado usa droga e ninguém fala nada, a não ser dele. O nível de estrutura familiar está acabado e ele está sendo o protagonista.
>
> De um modo geral, são as mães que trazem os filhos. Os pais vêm quando há um nível de delinqüência maior, envolvendo polícia ou justiça. O pai vem com a postura: 'Toma, pega, eu não agüento mais, se ele não melhorar eu ponho para fora de casa'.
>
> Eu observo que, devido às condições socio-econômicas que o país atravessa, falta de emprego, inversão de valores, todos estão sujeitos a usar drogas. Eu noto, que na classe econômica mais baixa, há mais oportunidade de envolvimento por falta de outras opções de lazer.

S20 acredita que pessoas com um melhor nível de informação e de oportunidades para praticar esportes, opções de lazer e de diálogo conseguem ter um melhor juízo crítico e portanto tem mais probabilidade de não aderir à droga.

É possível identificarmos que, no relato de S20, há uma valorização dos fatores socio-econômicos de sua clientela, enquanto uma dimensão explicativa para o uso de drogas.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores?

> Que é uma sociedade extremamente hipócrita. Tem juízos de valores diferenciados. (...) É incrível como é que se critica a maconha, a cocaína,

"crack', cola de sapateiro. A cola de sapateiro é a coisa mais fácil de comprar. Não se critica o álcool, não se critica o fumo, benzodiazepínicos, os hormônios, essas drogas que estão livres para quem quiser usar.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Com a população da droga, nenhuma. Eu tenho interesse para trabalhar com pessoas, independente delas usarem ou não, dela abusarem ou serem dependentes. 'Eu não quero ficar num programa que atenda usuários de droga, eu quero ficar num programa que atenda pessoas com ou sem essa demanda, o que me interessa é a pessoa'.

Mas você acabou se transformando na referência, aqui na unidade (UAISM), para essa demanda. Como você se sente?

Incomodado, mesmo porque em geral eu sou o mais boca aberta, o mais crítico, o que mais instiga isso, na unidade.

Essa coisa de estar sendo a referência do jovem que deseja parar de usar droga, ou de melhorar a qualidade de vida, isso me agrada. O que eu puder fazer para ele, como um todo, eu farei.

Quais são os seus objetivos ao atender o usuário de drogas e quais são os métodos e técnicas utilizados?

Quero acrescentar que não tem nada de específico, tudo que a pessoa necessitar e disser para mim, eu vou correr atrás para poder ajudar. Eu utilizo quase todos os recursos, a minha técnica é eclética, só não utilizo nada na linha analítica, porque eu não detenho o saber da técnica definido. A minha opção é mais na

linha existencial e não uma coisa analítica pura. Eu acho que teria que ter um conhecimento mais específico e eu não estou a fim de ter. Então, eu me identifico com a abordagem. Então, dentro da linha existencial, logoterapia, que é a minha linha de trabalho, eu utilizo todos os recursos; priorizo a questão gráfica, para tirar de dentro, fazer com que o outro possa expressar tudo o que está sentindo, limpando e desentupindo todas as dimensões, para que eles mesmos possam agir com mais responsabilidade.

Quais são os resultados obtidos com o seu trabalho?

Olha, essa é uma grande questão. Eu não tenho dados estatísticos para te dizer quantos adolescentes deixaram a droga.

O critério de abstinência de drogas como parâmetro de avaliação de resultados foi introduzido por S20.

E quanto à adesão ao tratamento?

Quando a gente recebe o adolescente, trazido pela família que quer que ele fique e ele não quer, eu trabalho essa questão com a família. Se ele não quer, não é possível o trabalho. Quando a família não consegue perceber, eu faço o seguinte contrato com o adolescente: você fica até eu conseguir mostrar para a sua família. Se ele aceitar ,eu vou convencer a família que ele não quer se tratar. Esses que não querem deixar a droga, se a família não consegue entender, ambos vão embora. Quando a família entende isso, muitas vezes o adolescente vai e a família fica.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante do trabalho com essas pessoas?

> Eu acho que a maior de todas é aprender e poder resgatar, também, a minha juventude. É poder descobrir, nesse processo todo, descobrir que eu sou extremamente criativo, Eu acho que a maior de todas é aprender e poder resgatar, também a minha juventude. É poder descobrir nesse processo todo descobrir oferecer recursos mais variados para eles poderem elaborar. (...)
>
> Quando eu vim para a Saúde Mental de São José, eu nunca havia trabalhado com adolescentes, no início ia dizia: "se você não falar, falo eu, vai me escutar, quero ler esse texto para você", e eu comecei a ouvir e entender o que eles estavam querendo e a me identificar com eles, com a linguagem. Acho que isso é a maior recompensa, a procura vem aumentando e isso me dá a certeza de que eu estou no caminho certo. As pessoas dizem que o S20 é amigo mesmo. Então, eu não sou nem o terapeuta. Eles vem apresentar namorada, trazer convite de casamento, eles passam por aqui para dizer que conseguiram um emprego, para me ver, dar um abraço e para dizer que está tudo bem, ou que não está. Eu consegui um grande número de amigos, para mim isso é importante, eu nem sinto que perdi o meu papel, muito pelo contrário, o meu papel é reforçado. (...)
>
> Se você quer fazer alguma coisa, as possibilidades são criadas, quando a gente não quer a gente fica inventando mil desculpas e, daí não sai.

S20 comenta que as desculpas dos profissionais servem para justificar a impotência, a falta de motivação, a falta de compromisso ou o medo do contato com a realidade do usuário do serviço de saúde mental. Entretanto, devemos ponderar que a ação pela ação, destituída de planejamento e de critérios científicos, pode servir apenas para reparar necessidades de auto-afirmação e de procura de estima pessoal. Nessa hipótese, a onipotência do profissional substitui a necessidade de formação e discussão teórico-técnica contínuas, bem como o intercâmbio com outros profissionais e a aquisição de conhecimentos científicos.

Quais são as fontes de informação sobre farmacodependência que você utiliza?

Eu leio tudo que cai na minha mão, de modo geral, estou muito atento para o noticiário, jornal, revista, televisão. (...) Não vou na livraria comprar assim, livros que abordem o álcool e a juventude, a maconha e a juventude, não. Utilizo os recursos que o próprio Estado oferece, que a instituição oferece, cartilha que o Estado encaminha, os cursos de aprimoramento. Eu acho que ali tem todo o material, faço questões, mas nunca li nada específico voltado para a droga. O trabalho que os outros estão fazendo cai na mão da gente, aí dou uma olhada.

Houve mudanças em sua compreensão do fenômeno da dependência de drogas, no transcorrer de sua experiência? Quais?

Primeiro, acho que o que mudou foi ver a família de outra maneira, ter que dar suporte para esta família, orientar essa família. A outra, foi a separação entre usuário, abusador e dependente químico. Levantar melhor a história desse adolescente, para ver se tem antecedentes familiares de dependência. A questão da auto-estima, que me parece muito gritante, antes eu não tinha prestado atenção neste aspecto. A questão do vazio existencial em que estes jovens se encontram hoje e a questão da inversão de valores, o quanto eles são os "laranjas" do processo do tráfico, são utilizados para enriquecer outras pessoas. Então, essas foram as descobertas mais relevantes que eu fui fazendo. Outra mudança, é a aceitação da internação para o dependente, antes eu não indicava, era contra, eu defendia a mesma política que o município está defendendo hoje, não institucionalizar o adolescente usuário de drogas. Eu defendi essa idéia, briguei com muita gente, deixei de ir às reuniões para não me expor mais. No final do ano, eu tive dois casos, um eu tive que mandar para o Chuí e outro para o Francisca Júlia (hospitais psiquiátricos). Esses dois adolescentes me ensinaram que há momentos em que é necessária a internação. O sofrimento deles com a abstinência me fez rever tudo isso, cada caso é um caso. As leis, as

regras não podem superar as pessoas, e as pessoas é que têm que nos dizer quais são as necessidades delas e a gente tem que aprender a ouvir.

S20 não publicou nenhum trabalho científico a respeito de sua experiência profissional.

S20 descreveu estar envolvido com o atendimento de sua clientela, em sua realidade peculiar e, a sua ação profissional antes de se fundamentar numa linha teórica específica, ou em conhecimentos sobre psicofarmacologia, ou teoria e técnica psicoterápica está alicerçada na sua determinação em conhecer e compreender os adolescentes usuários de drogas. S20 encontra na interação com seus pacientes, a via técnica de acesso à situação afetiva e social, percebidas por ele, mesmo com a dissimulação que produz sinais (por exemplo, uso de drogas) e sintomas psicopatológicos. S20 demonstrou, na entrevista, que não está imobilizado pelas dificuldades de seus clientes. Considerou-se envolvido com o seu trabalho e dotado de sensibilidade, criatividade, disposição em lidar com pessoas usuários de drogas ou não.

S21Psicólogo

S21 é psicólogo, graduou-se pela Universidade de Taubaté, Estado de São Paulo. Atualmente, faz especialização em psicodrama. Trabalha com dependentes de drogas, desde 1995, num Hospital Psiquiátrico, de São José dos Campos, onde atende cerca de vinte e dois pacientes e de três a quatro famílias por semana, na unidade de dependência química. É voluntário da Casa da Acolhida (instituição de assistência que pertence a igreja católica); onde coordena um grupo semanal com usuários de drogas e soropositivos para HIV. Afirma que, em seu consultório particular, o dependente não procura atendimento.

A entrevista com S21 foi realizada em março de 1997, no Hospital Psiquiátrico. S21 interessou-se em participar, como sujeito da pesquisa, após tomar conhecimento do estudo por intermédio da assistente social, que eu acabara de entrevistar, e que, também, faz parte da equipe que trata o que denominam D.Q (dependentes químicos).

Solicito que S21 relate sua experiência no atendimento a usuários de drogas.

Eu estou aqui, no Hospital Psiquiátrico, há um ano e meio. Fui contratado para trabalhar na ala de dependência química onde há um ano e meio se desenvolve um programa específico para esses pacientes. Antes, o hospital era totalmente asilar, sem diferenciação de atendimento para as diversas patologias psiquiátricas. As mudanças gerais têm pouco mais de dois anos.

Quando eu entrei, o trabalho para alcoolistas e adictos já estava organizado, com uma equipe formada por psiquiatra, assistente social e um psicólogo. O psiquiatrasaiu logo que eu cheguei, depois disso é o terceiro que trabalha com a gente, já estamos no terceiro, a assistente social que trabalhava aqui foi para a UAISM. Você já falou com ela? Ela tem muita experiência com drogados. (os profissionais da equipe deste hospital que atendem dependentes químicos e a Assistente Social citada, foram entrevistados).

Então, a 'S' (um dos profissionais do presente estudo) que trabalhava comigo, tinha uma experiência de outros lugares da Prefeitura de São José, foi ela que implantou o serviço daqui. Havia dois grupos operativos, por semana, com os

pacientes, e uma série de atividades de laborterapia, atividades de T.O, eu entrei no esquema, nunca tinha trabalhado especificamente com essa clientela, tinha tido contato com dependentes através da APAC (Associação de Proteção ao Condenado) ou da faculdade.

Então, eu entrei nesse modelo, já estruturado, num momento que estava uma confusão, isso aqui, com mudança de profissionais, mudança de diretoria. Comecei tentando fazer um grupo operativo não tão pragmático. Antes, era assim, levantavam-se os assuntos na lousa e a gente ia discutir cada um deles. Era um negócio super organizado, então procurei deixar fluir um pouco mais. A laborterapia também tinha essa visão muito "quadradinha" e fechada. Os pacientes não iam para a horta, não participavam das atividades, era um "nó". 'S' saiu há uns seis meses, saiu o psiquiatra, e entrou "S" (outro profissional da amostra), que é recém-formada. A psiquiatra tem formação em psicodrama, estamos tentando introduzi-lo nos grupos, já tem uns três meses, está sendo muito bom. Saímos do modelo que havia no grupo, que atendia mais a questão institucional do que o paciente; então, tinha reclamações da cozinha, com a horta, com tudo, e muito pouco com a questão deles; paramos com isso e passamos a fazer psicodrama no grupo. 'Não psicodrama, assim como deve ser, mas começamos a trabalhar; a dificuldade é a rotatividade, as pessoas ficam aqui no máximo 30 dias'.

Quais são os resultados da forma de atendimento atualmente adotada?

A gente tinha um problema muito grave de entrada de bebidas e de drogas, os pacientes fugiam, era um problema crônico. Pedimos à direção para mandar embora os pacientes que não queriam permanecer em tratamento. Os que ficaram fizeram cartazes: parar de beber, voltar para a família, ajudar os outros. Estabelecemos contratos do que eles queriam fazer, e diminuiu muito o número de fugas para beber, injetar drogas, brigas; não acabou, mas reduziu muito.

O que é feito com o paciente que sai para trazer drogas para o hospital?

Foi votado no grupo e decidida a seguinte regra: O paciente que nunca participa do grupo não está a fim de se tratar, então, depois de duas, três ausências de sessões, ele é trazido para o grupo votar a expulsão dele (por enquanto só tivemos um caso desses). O paciente que é encontrado com álcool, drogas ou que fugiu é levado para o grupo votar o que vai fazer com ele. Antes, havia a alta administrativa, com desligamento automático, agora acabamos com isso.

O que você pensa do usuário de drogas?

A gente trabalha com muitos alcoolistas e usuários de drogas, mas não fazemos diferenciação, tratamos como dependentes químicos. Parte da população que atendemos não é só dependente, há quadros psicopáticos, psicóticos vinculados. Há de específico a desestruturação familiar, seja porque eles desestruturam ou porque a família é desestruturada. São pacientes com uma longa história de dez, vinte, trinta anos de alcoolismo ou de uso de drogas, com exceção da população nova, rapaziada que está começando há um, dois, três, anos o uso de drogas, principalmente os pacientes que vêm das cidades do litoral norte.

(a clientela do hospital é exclusivamente masculina)

A instituição pretende abrir vagas para mulheres?

Para mulheres, sim, mas não com dependência química, pensa-se em acabar com a ala de dependência química. Há uma série de dificuldades, com fugas, recaídas, é um paciente muito difícil.

S21 descreve uma situação comum entre os profissionais de Saúde Mental; a desistência de instituições e de profissionais de atenderem toxicodependentes. Vários entrevistados explicitaram que não é uma escolha pessoal o atendimento a essa população.

O que você pensa da família do usuário de drogas?

Há muitos abandonados, famílias que desistiram, crucificam como vagabundos, como pessoa que não quer sair dessa. A família tem grande resistência para se envolver com o tratamento, há uma minoria de famílias que dá apoio.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas e aos usuários?

É complicado, por se tratar de uma postura ambígua, por um lado há aceitação e permissividade e, por outro, a censura e a crucificação, quando a pessoa se dá mal.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com essa população?

Eu estou tendo a possibilidade de desenvolver outras formas de grupo e de atendimentos mais direcionados, mas não é o que eu quero fazer (...) Não é a população que eu quero trabalhar, mas dá para se fazer algo diferente do modelo de asilo.

Quais são seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Dar condições dessa pessoa se perceber um pouco mais nesse trajeto da dependência química, perceber que é possível mudar. Com alguns pacientes eu me vinculo, dou uma outra dedicação, atendimento individual, orientação familiar, acredito que têm mais possibilidade de sair desse contexto. Com os crônicos, eu até faço esforço de me vincular, mas, eu tenho mais dificuldade.

Você fica sem esperança, como a família, que passa por diversas internações de um familiar?

Sim, tenho lidado muito com a minha impotência, com a minha onipotência, já "baixei bastante a bola" disso, mas às vezes cansa.

A respeito de métodos e técnicas empregados em seu trabalho, você quer acrescentar algo?

É o psicodrama.

Quais são os resultados que você tem obtido com essa população?

Eu não tenho um levantamento estatístico, mas observei que os pacientes que se envolvem com o tratamento e que têm melhor estrutura familiar e com menores prejuízos de vínculo com a sociedade, têm melhores resultados do que os que estão há mais tempo no ciclo das drogas e da hospitalização.

Qual é a gratificação pessoal e profissional obtida com seu trabalho?

Há muitos altos e baixos. Há horas em que é muito bom trabalhar com esse pessoal, principalmente quando produzem, no grupo, mas tem horas que é desmotivante. Você vê um paciente que foi trabalhado, individualmente, e com a família e depois de um mês ele está de volta, com a mesma estrutura, não mudou nada, então, são altos e baixos.

Quais são as principais dificuldades encontradas em seu trabalho?

Além da questão estrutural sociocultural, há a falta de continuidade do tratamento depois da internação, a estrutura interna dos pacientes e a estrutura da instituição. Ela é filantrópica, pertence ao Centro de Valorização da Vida (CVV), recebe verba do SUS, não tem clientes particulares. A direção é composta por leigos e eles interferem no trabalho. Eles têm a crença da ajuda, só que é uma loucura, eles pregam, eu vejo que eles acreditam nisso, mas a visão deles atravessa a compreensão terapêutica. Há o projeto para a casa de transição para pacientes antigos, há verba e local e emperra. Há um paciente que estava adaptado, com vínculo familiar, passa dias na casa da família, porém, a interferência é tal que eles transferiram o paciente para a casa de transição, sem passar pela equipe técnica, sem falar com ele, o paciente "pira" e eles mandam de volta.

Quais são as fontes de informação que você utiliza?

Num primeiro momento, eu recorria a 'S' (profissional da amostra), foi o meu primeiro referencial aqui. Depois disso, a gente começa a fazer contato com outros profissionais, algum material, então, simplesmente apostilas que são indicadas por colegas que lidam com isso. Não li nada específico, a não ser os doze passos **do AA.**

Há alguma forma de registro dos casos atendidos?

Tem o registro no prontuário dos pacientes e da evolução semanal. Na época de 'S', ela fazia registros meticulosos de todas as reuniões. Hoje, não há mais ata de reuniões de grupos.

O material não é utilizado pelos profissionais para estudos e análises, não se realiza levantamento de dados ou tratamento estatístico. Os registros dos prontuários são utilizados como banco de informações sobre a internação para o contato com a família.

Houve mudanças em sua compreensão desses pacientes? Quais?

Houve, quando eu entrei, não sabia o que era dependência química, como trabalhar com isso, segui o modelo comportamental, que era adotado. Hoje, estou mais solto para trabalhar, antes era tudo dirigido.

Como era esse modelo?

O paciente vinha para o grupo, falava o nome, anotava na ata, em seguida, fazia-se a pauta de assuntos da reunião e a escrevia na lousa. Por exemplo, você trazia um filme sobre alcoolismo ou drogas e o assunto das doenças ligadas ao tema era explicado. As questões pessoais dos pacientes quase não eram abordadas.

S21 descreveu a reunião terapêutica como um encontro, que mesclava assuntos de organização da rotina dos pacientes, com aulas e temas pessoais, para quem estivesse interessado em discutir algo que fosse além do desejo de ter alta o mais breve possível.

S21 relatou dificuldades próprias das instituições que tratam dependentes de drogas em regime de internação: Fugas para procurar drogas e (ou) álcool, com ou sem retorno para a instituição, conflitos entre pacientes, ou com funcionários ou com a equipe profissional resultando em agressões e dificuldades de adesão ao tratamento proposto. seja ele qual for. O preparo da instituição para lidar com essa realidade é fundamental para minimizar a violência e possibilitar ações terapêuticas, do contrário, a alternativa de internação passa a ser mais um elemento gerador de exclusão e de desistência de ressocialização, mesmo no ambiente hospitalar.

S21 explicitou, durante a entrevista, as limitações de recursos técnicos, pessoais e institucionais, para realizar a tarefa terapêutica com os pacientes que não contam com a possibilidade de avaliação diagnóstica e plano de tratamento médico e psicológico mais diferenciado e individualizado.

A instituição reitera, com parte dessa população, a condição de depositária da rejeição e, através de contenção física, medicamentosa ou pela negligência na atenção psicossocial, acaba por eliminar qualquer possibilidade de tratamento que não seja desvirtuada.

S21 é um exemplo característico dos profissionais jovens, com pouco tempo de experiência no tratamento de dependentes químicos. Comumente não têm conhecimentos prévios sobre o assunto, trabalham com esses pacientes sem receber supervisão, discussão clínica e seminários teóricos sistemáticos, ou mesmo, sem nenhuma especialização. Com freqüência, não têm disponibilidade para trabalhar com usuários de drogas e formação teórico-técnica principalmente em psicoterapia de grupo e familiar para atenderem adequadamente a complexidade clínica dos pacientes.

S22Psicólogo / rogeriano

S22 é psicólogo, graduado pela Universidade de Brasília, Distrito Federal. Especializou-se em Psicologia Clínica Rogeriana. Cursou mestrado em Psicologia Social na Universidade de Brasilia, interrompendo o curso antes da defesa da dissertação.

Entrei em contato com S22, em fevereiro de 1997, em uma das UAISM (unidade de atenção integral à saúde mental) de São José dos Campos, São Paulo onde S22 trabalha. Aguardava a chegada do médico psiquiatra, supervisor da Saúde mental do município, para realizar a entrevista, para a presente pesquisa. Foram três tentativas frustradas, devido aos afazeres profissionais do supervisor o impediram de participar. Por outro lado, S22 aceitou prontamente ser entrevistado.

S22 trabalha com usuários de drogas desde 1983; iniciou no Hospital Pio XII, após trabalhou nas Clínicas conveniadas do INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e no Ambulatório de Saúde Mental do Vale do Paraíba, todos em São José dos Campos.

Atualmente, atende em consultório particular e na UAISM, uma média de onze usuários de drogas por semana e de três famílias por mês, para entrevista ou orientação.

Esta entrevista foi incluída pois a consideramos representativa dos profissionais das UAISM (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental) que atendem dependentes de drogas, mas que não são divulgados como a referência da equipe para atender esses pacientes.

S22 relata sua experiência com essa população.

> Eu acredito que essa população vem crescendo, do final da década de 60, começo da década de 70. A cidade (São José dos Campos) deu um salto demográfico, veio gente de todos os lugares do País e do mundo, devido à indústria aeronáutica. Aconteceu um processo abrupto de industrialização, da

aeronáutica e de outros setores, indústrias químicas, têxteis etc. Eu acho que isto gerou uma densidade demográfica desordenada, a cidade tem os problemas de cidades grandes e sem a infra-estrutura e recursos financeiros e técnicos para tentar lidar com eles. A droga está atingindo mais pessoas, talvez seja, hoje, um dos carros-chefe dos problemas da cidade.

Na década de 70, eu comecei um trabalho de Psicologia hospitalar, no Pio XII, que fica no bairro Santana, na região norte; fazia visitas domiciliares a parentes de pacientes internados. Eram casos crônicos de doenças respiratórias, crises cardiopáticas, situações de ansiedade e de depressão que precisavam de assistência psicológica. Outra grande demanda ,era o alcoolismo, eu acho que é o principal foco de atendimento em termos de droga, a gente tem que considerar o álcool uma droga.

Quantos operários desempregados tem em São José dos Campos? O maior número de alcoólicos vem do ápice do sul de Minas, do Nordeste, então era cachaça mesmo, o "cara" ficava desesperado e começava a beber ou a usar outras drogas. Eu acho que existe sempre uma razão social que controla, ou define, eu diria, pelo menos sessenta por cento dessa demanda de alcoolistas daqui. O outro percentual, eu atribuiria às causas orgânicas, psíquicas subjacentes.

O que você pensa do usuário de droga?

Portador de um ato, o usuário de drogas é, antes de tudo, alguém que tem vontade de obter prazer.

Quem é o seu paciente usuário de drogas?

São aqueles encaminhados pelas outras instituições, você vai ver que eu vou fugir, para evitar toda e qualquer conceituação psicopatológica clássica, para tentar definir o usuário de droga. O usuário de drogas é, antes de tudo, o cara que se habituou a fazer uso de alguma coisa, como prioridade, buscando o prazer. É o princípio do prazer, eu acho que é a busca de alguma coisa.

Alguma característica marcante nessa população que procura este serviço?

Essa população vem triada de outras instituições, de outros equipamentos de saúde do setor primário e do setor secundário. Geralmente, ela é triada, às vezes procura as unidades básicas de saúde. Há quatro UAISM (Unidade de Atenção Integral à Saúde Mental) sul, centro, leste e norte, de acordo com essa localização e regionalização as UBS (Unidade Básica de Saúde) encaminham para as respectivas UAISM. Antigamente, havia o centro de toxicologia, esse centro foi desmembrado e alguns técnicos foram aproveitados nas UAISM. Apesar da gente tentar fazer um trabalho interdisciplinar, e *todos da equipe* tentam *atender um pouco de tudo,* é impossível fugir a uma certa especialidade, quer dizer que a nossa assistente social ('S') tem toda uma história de treinamento, ela lida melhor com o usuário de droga e alcoolista, e fica sendo uma espécie de referência da equipe para isso. A minha demanda é bem melhor.

Por quê?

Porque eu acabei sendo a referência para psicose e neurose depressiva.

S22 faz uma narrativa da organização do Serviço de Saúde Mental, observando que não tem interesse específico para atender usuários de drogas. Essa situação, do profissional de referência, ou que supostamente é mais preparado ou sabe lidar melhor com *drogados ou alcoolistas* se repetiu nas demais UAISMs.

O que você pensa da família do usuário de drogas?

Eu acho que é um grande desafio. Você tentar abordar a família é uma coisa muito mais complicada, porque tem que tentar mexer na ferida.

Há algumas características que você tem observado nessas famílias, algum aspecto que lhe chame a atenção?

Eu acho que mesmo que se tenha começado a postular alguns conceitos de doença mental da família, desde o final da década de 60, eu acho que isto continua sendo extremamente moderno e contemporâneo com aqueles de bode expiatório, e aqueles estereótipos de doença mental e como a família trata esse doente mental.

Você identificaria alguma psicopatologia que chama a atenção no pai, na mãe do dependente de drogas?

Olha, por trás de um alcoolista crônico existe sempre uma esposa e os familiares, de alguma maneira, muito neurótica, ou talvez psicótica, ou talvez até perversa, alimentam aquele estreitamento existencial que o alcoólico tem. Então, a gente chega a um conceito e a uma definição, que eu acho, não definitiva, mas me satisfaz atualmente, sobre um paciente drogado, ou um paciente alcoolizado.

Eu acho que esse universo, basicamente, sofre, ele entra nesse processo patológico que existe no estreitamento da vivência interior de um universo que fica todo habituado, voltado para uma rotina, onde a droga é a única possibilidade de ajuda para ele. Então, o que caracteriza todo o drogado, todo o viciado é o estreitamento da realidade vivencial.

O que você pensa da postura da sociedade brasileira em relação às drogas psicoativas e aos consumidores?

Extremamente conservadora. O brasileiro é extremamente conservador, e os conceitos conservadores e os estereótipos que, de alguma forma, sustentam essa idéia pejorativa que a gente tem do drogado, são mantidos pela classe média e média alta. O rico não está muito preocupado. A classe dominante, o topo da classe dominante não está muito preocupada com o resto da população. Infelizmente, no Brasil o grande formador de opinião é estereotipado, o grande produto disso é a classe média, conservadora e bastante hipócritica.

Quais são suas motivações pessoais para trabalhar com usuários de drogas?

Eu acho que, de alguma forma, para mim, o que está sendo mais inédito é conceber, mudar minha concepção de usuário de droga como um grupo de elite daquela patologia. Conceber o usuário de droga como um ser que está sofrendo um estreitamento vivencial, assim como um neurótico grave, um psicótico. É socializar o conceito, não é uma doença, tem um outro nome e qualquer dia a gente vai encontrar um termo melhor. Então, eu acho que estou aprendendo ou começando a aprender a enxergar o ser que está sofrendo com isto, de uma forma resultante de *n* processos e não como uma coisa específica, ele só se "danou" na vida porque começou a fumar maconha.

Quais são os seus objetivos ao atender usuários de drogas?

Eu queria testar que não era difícil, é muito difícil a compulsividade do drogado. Eu não vejo muita saída, a não ser que seja colocado um limite nessa compulsão. Aí o limite inclui uma postura comportamental, que a gente não pode desprezar, a questão do meio externo, dos agentes externos. Mas, de uma forma que precisa ser bem repensada, porque nós não temos o modelo, nós temos o modelo autoritário.

Quais são os métodos e técnicas utilizados em seus atendimentos? Quer acrescentar algo ?

Eu queria acrescentar que, à medida que for crescendo a possibilidade de integração interdisciplinar, eu acho que vai melhorar a questão do drogado. Nós estamos começando a aprender a trabalhar nisso, ainda.

Quais são os resultados obtidos em seu trabalho?

A partir do momento que nos lançamos sem preconceitos, sem o medo do psicoterapeuta, o medo clássico de estar sendo neutro ou não, isso é uma utopia, não chega nem a ser utopia, eu te influencio, você me influencia. A partir do momento que nos conhecemos, já existe uma interinfluência, existe reciprocidade. Eu acho que, à medida que você se despoja dos preconceitos, infelizmente ainda veiculados sobre uma égide teórica nas faculdades, nos cursos de formação. (...) Aquele conceito do Roger (Carl Roger), que é a aceitação incondicional do eu. Você está " numa pior", você veio aqui e está sofrendo, se você não estivesse sofrendo não viria aqui, estão aqui seu pai e sua mãe e eu aceito esse sofrimento de vocês. Eu, também, posso até me permitir sofrer junto, só que a diferença é que eu tenho um limite no meu papel. Eu posso até provocar uma esquizofrenia técnica. Eu acho que a questão está na maneira da acolhida. Agora, é lógico que o trabalhador de saúde institucional, atualmente neste País enfrenta uma série de problemas, que vão desde os baixos salários, níveis de vida, desde reciclagem, uma série de coisas, que fica difícil a disponibilidade plena dele, ou semi plena, para dar essa boa acolhida.

Qual é a gratificação pessoal e profissional resultante de seu trabalho?

Financeiramente, não é boa, mas também não é totalmente indigna, e como bom trabalhador da saúde mental, cada tombo que a gente leva faz ver os pulos

que a gente precisa dar (....) A coisa está ainda muito embrionária, a tendência de gratificação vem tanto do saber clínico-teórico, como também do trabalho institucional.

Parece que está começando a haver uma conscientização e eu acho que a AIDS trouxe uma ajuda nesta conscientização, porque o usuário de droga injetável é o maior grupo de risco da Aids, um fator que pressionou, parece que só se aprende a nadar quando a água está afogando. Parece que estamos tão afogados que tivemos que mudar a atitude com relação à nova concepção de saúde e de pensar o drogado. Aí tem clínicos, e a burguesia tem clínicas maravilhosas, tem piscinas, atletismo, acho que isso é maravilhoso, mas a coisa da relação, essa coisa que o ser humano tem medo, a Medicina tem medo, até a psiquiatria tem um certo medo, porque eles têm o instrumento da quimioterapia, eles têm o remédio, e aí o remédio passa a ser o objeto de comunicação direta e isso impede a comunicação direta com o paciente, e a Psicologia tem essa vontade, ela é mais dolorosa, mas ela tem essa vantagem.

S22 reitera a sua convicção a respeito da dificuldade que há no contato humano. Dirige à Medicina críticas genéricas em relação as supostas condutas defensivas, identificadas na medicação, que dificultariam o vínculo do profissional com o paciente.

Há outras dificuldades para realizar o seu trabalho?

Dificuldades de verba mesmo, de se arranjar mais verbas para se contratar mais gente, porque nós precisamos de gente para atender.

Quais são as fontes de informação sobre farmacodependência que você utiliza?

A gente vai buscar na escola Paulista de Medicina, aquela equipe do Dartiu (Dartiu Xavier da Silveira Filho), a gente tem muitos escritos, a gente busca, a gente vai até a Universidade de São Paulo de vez em quando, mas tudo por iniciativa pessoal. O governo não banca nada. É isso aí. Se a gente não assumir

que nós estamos doentes, nem que seja dentro de uma perspectiva institucional, que não é só dentro de uma perspectiva pessoal, porque a nossa pessoa está doente, nós estamos doentes, a partir dessa percepção, a gente começou a crescer, que é a percepção do caos.

S22 não publicou ou participou de simpósios sobre transtornos relacionados a substâncias. Acentua as dificuldades institucionais, de ordem material e de recursos humanos, e enaltece o compromisso pessoal na procura de alternativas para minimizar a negligência das políticas públicas no campo da saúde. Assume o próprio estado de padecimento mental, que se deve às pressões dos conflitos pessoais, institucionais e sociais, depositando no *governo ausente*, parte de seu desencanto profissional. Expõe que, os conflitos presentes no trabalho em equipe e as resistências encontradas, dificultam o desenvolvimento de ações interdisciplinares.

Concluímos que, o ecletismo e a falta de sistematização entre diferentes concepções teóricas e técnicas, se encontram no relato de S22. Recorre a teorizações de ordem sociológica, psicanalítica, filosófica, desvinculadas, porém das observações e intervenções clínicas. Há evidencias de que a possibilidade de refletir e de discriminar os sentimentos presentes na relação terapêutica é substituída por generalizações teóricas, técnicas e ideológicas, acrescidas de insatisfações profissionais.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1. ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA DOS PROFISSIONAIS PESQUISADOS

Objetivo: descrever a amostra do presente estudo com profissionais da área Saúde Mental que tratam dependentes de droga, no Vale do Paraíba, Estado de São Paulo.

Métodos Utilizados: tabelas de distribuição de freqüência e medidas descritivas: média, desvio padrão, mínimo e máximo.

Tabela 1 - Distribuição dos entrevistados segundo a idade (em anos).

Graduação	média	mínimo	máximo
Medicina	46.8	41	59
Enfermagem	40.2	36	42
Terapia Ocupacional	30.5	24	37
Serviço Social	46.2	38	56
Psicologia	38.0	29	45

Tabela 2 - Distribuição dos entrevistados segundo o sexo.

SEXO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
feminino	13	59.1
masculino	9	40.9

Tabela 3 - Distribuição dos entrevistados segundo o estado civil.

ESTADO CIVIL	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
casado	11	50.0
divorciado	6	27.3
separado	1	4.5
solteiro	4	8.2

Tabela 4 - Distribuição dos entrevistados segundo o curso na Graduação.

GRADUAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
Enfermagem	4	18.2
Medicina	6	27.3
Psicologia	6	27.3
Serviço Social	4	18.2
Terapia Ocupacional	2	9.1

Tabela 5 - Distribuição dos entrevistados segundo ter cursado especialização*.

TER ESPECIALIZAÇÃO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
não	6	27.3
sim	16	72.7

* **Trata-se de cursos de especialização realizados em várias áreas do conhecimento.**

Nenhum dos entrevistados referiu ter cursado especialização em tratamento de dependentes de drogas.

Tabela 6 - Distribuição dos entrevistados segundo grau de mestre.

MESTRADO	FREQÜÊNCIA	PORCENTAGEM
sim*	4	18.2
cursaram ou cursando créditos**	2	9.1
não	16	72.7

*** três médicos e um psicólogo**

**** dois psicólogos.**

Em relação a titulação acadêmica, destacamos que, nenhum dos entrevistados possuía, na época da pesquisa, grau de doutor.

O tempo médio de experiência na área de tratamento de dependentes de drogas é de 13,1 anos (desvio padrão=8,12 anos; menor tempo=2 anos; maior tempo=33 anos; n=22 entrevistados). Considerou-se, para este cálculo, o tempo decorrido entre o início de atividade no tratamento até 1998.

Considerando-se as áreas de formação na graduação, tem-se as seguintes características:

Tabela 7 - Descrição do tempo (em anos) de trabalho com pacientes dependentes de droga, segundo o Curso de Graduação

GRADUAÇÃO	n	média	desvio padrão	mínimo	máximo
Enfermagem	4	8.3	3.59	3	11
Medicina	6	16.8	8.75	9	33
Psicologia	6	12.3	8.38	3	24
Serviço Social	4	16.0	9.49	7	28
Terapia Ocupacional	2	8.5	9.19	2	15

Três dos profissionais entrevistados começaram a trabalhar nesta área antes do curso universitário. Mais precisamente, o tempo de experiência, antes da graduação, é o seguinte: 14,2 e 1 ano. Se forem desconsiderados, por esta característica, podemos dizer que a média de tempo de experiência, após o término do curso, é de 4,6 anos (desvio padrão=3,92; mínimo=0, o sujeito iniciou o trabalho com usuários de drogas logo após a graduação – são quatro pessoas nesta categoria; máximo=12 anos; n=19 entrevistados). Vale, ainda, informar que os dois terapeutas ocupacionais da amostra começaram a atender este tipo de caso logo após o término do curso superior.

Tabela 8 – Descrição do tempo para iniciar na área após o término da graduação.

GRADUAÇÃO	n** → na área após término	n → na área antes da graduação	média	desvio padrão	Mínimo	máximo
Enfermagem	4	-	7.3	1.71	5	9
Medicina	5	1	5.6	5.13	0	12
Psicologia	5	1	2.8	2.59	0	7
Serviço Social	3	1	5.3	5.03	0	10
Terapia Ocupacional	2	-	0.5	0.71	0	1

** entrevistados cujos dados foram utilizados nos cálculos

O número médio de pacientes atendidos pelos profissionais é de 17.2 (desvio padrão=17.94; mínimo=1 – dois médicos nesta categoria; máximo=80 – também um médico; n=21 entrevistados, pois para um deles, Assistente Social, não havia informação disponível).

Considerando-se as classes de graduação, esta variável apresenta-se da seguinte forma:

Tabela 9 - Descrição do número de pacientes atendidos por semana, segundo a graduação.

GRADUAÇÃO	n	média	desvio padrão	mínimo	máximo
Enfermagem	4	16	8	4	20
Medicina	6	24	30.82	1	80
Psicologia	6	10.5	8.04	2	22
Serviço Social	3	19.3	11.02	8	30
Terapia Ocupacional	2	16.5	19.09	3	30

O número médio de famílias atendidas pelos profissionais é de 9.5 (desvio padrão= 9.58; mínimo=1, dois médicos e dois psicólogos nesta categoria; máximo=30 – um médico e um assistente social; n=15 entrevistados).

Considerando-se as classes de graduação, esta variável apresenta-se da seguinte forma:

Tabela 10 - Descrição do número de famílias atendidas por semana, segundo a graduação.

GRADUAÇÃO	n	média	desvio padrão	mínimo	máximo
Enfermagem	1	4	---	4	4
Medicina	4	10.5	13.68	1	30
Psicologia	6	5.5	5.75	1	16
Serviço Social	3	16	12.17	8	30
Terapia Ocupacional	1	15	---	15	15

Em relação a produção de artigos sobre transtornos relacionados a substâncias, um entrevistado declarou ter tido um artigo publicado.

Dentre os entrevistados, 11 proferiram palestras em escolas, 8 em empresas e 12 estiveram presentes em congressos, sendo, a distribuição por profissão, a seguinte:

Tabela 11 - Distribuição das palestras em escola, empresas e congressos, por graduação.

	palestra em escolas		**palestra em empresas**		**presença em congressos**	
GRADUAÇÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
Enfermagem	1	3	1	3	1	3
Medicina	3	3	2	4	4	2
Psicologia	4	2	3	3	5	1
Serviço Social	3	1	2	2	2	2
Terapia Ocupacional	0	2	0	2	0	2

Podemos verificar que as palestras representam a forma de comunicação mais utilizada pelos entrevistados para divulgarem conhecimentos sobre o uso de drogas. Os profissionais são convidados principalmente por escolas e empresas interessadas pelo tema.

Consideramos que essa maneira de divulgação é uma das respostas que estes oferecem aos anseios da população por encontrar soluções para o "problema das drogas". Entendemos que, com freqüência, as instituições esperam que as palestras exerçam um efeito preventivo ou preencham a lacuna decorrente da falta de um programa preventivo, continuado, de educação para a saúde. Ou, como observou KARNIOL (1981), "a sociedade espera que o jovens sejam persuadidos de que o uso de drogas é perigoso e deve ser evitado".

5.2. TABELAS DESCRITIVAS DAS RESPOSTAS DOS ENTREVISTADOS E DISCUSSÃO

Tabela 12 - Motivações dos profissionais que tratam dependentes de drogas

Motivações apresentadas	Freqüência	Porcentagem
A motivação vem da demanda.	14	63.6
Não é a população que mais me chama a atenção.		
Não é uma opção de trabalho. Quando ninguém vai ver os dependentes químicos a escolha recai sobre mim.		
Poder fazer algo por aquele ser humano.		
Vontade de ajudar.		
Aprender a enxergar o ser que está sofrendo com isso.		
Nenhuma motivação específica, eu trato pessoas		
Não é a população que eu quero trabalhar.	4	18.2
Hoje não escolheria trabalhar com esses pacientes.		
Não gosto de trabalhar com esses pacientes		
O meu sentido de vida é trabalhar na recuperação desses pacientes, até morrer.	4	18.2
Riqueza mental do dependente de drogas.		
Entender a relação indivíduo-droga.		
Importância social de ajudar essas pessoas.		
Devolver a esperança a um ser humano.		
Familiar com dependência de drogas.	3	13.6

A maioria dos profissionais do presente estudo relata que a motivação para tratar essa população clínica surge da demanda. Acentuamos que a maior parte deles passou a trabalhar com esses pacientes algum tempo depois do final da graduação (tabela 8), não indicando motivação específica para atender toxicodependentes. Outra situação freqüente é a ausência total ou parcial de formação prévia em transtornos relacionados a substâncias, ou então, como afirmaram vários entrevistados, tinham preconceitos e conceitos equivocados que estão reformulando. Verifica-se que é comum a improvisação, o autodidatismo e o aprender na prática. Esta situação pode ser demonstrada por um dos entrevistados, ao afirmar que: "o trabalho com o dependente químico é lento, de persistência e, também, de muita conscientização do próprio paciente, e da família para ter resultados efetivos".

A conclusão do profissional está de acordo os estudos de TORRES (1990); GIBSON *et al.* (1992); STRANG (1992), indicativos de que a participação da família no tratamento pode favorecer a adesão do dependente, propiciar mudanças, evitar recaídas, aumentar os períodos de abstinência, além de promover melhoras na relação familiar.

Há um grupo de profissionais que relatam a presença de algum familiar dependente de drogas. É possível que esta motivação consciente possa, também, acarretar dificuldades no estabelecimento de relação terapêutica com os pacientes. Observamos que o medo de recaídas dos pacientes se confunde com sentimentos ambivalentes de amor e ressentimento com os parentes significativos, dependentes de drogas.

Um outro grupo é formado pelos profissionais que declaram não querer ou gostar de atender usuários de drogas. Para tornar o quadro mais delicado, temos que considerar que a maioria dos profissionais afirma textualmente que a gratificação profissional e pessoal proporcionada pelo atendimento a estes pacientes é frustrante. Porém, os profissionais que se dizem mais interessados pelo tratamento dessa população clínica estão muito centrados no objetivo da abstinência; fato que se evidencia em várias passagens das entrevistas e, principalmente, nas respostas em relação aos resultados de seus atendimentos.

Tabela 13 - Objetivos para o tratamento de dependentes de drogas

Objetivos apontados	Freqüência	Porcentagem
* Abstinência/recuperação	12	54.5
Dependente das condições do paciente	2	9.0
Solucionar os problemas deles	1	4.5
Desenvolvimento mental	1	4.5
Oferecer o processo psicoterápico	1	4.5
Melhorar a qualidade de vida	5	22.7

* Profissionais que explicitaram a abstinência como o objetivo central do tratamento a ser desenvolvido com o dependente químico.

Todos os demais entrevistados, que referiram outros objetivos, deixaram implícito que a abstinência é uma meta necessária. É esperado que a mesma surja de motivações próprias do paciente e (ou) de sua evolução no transcurso do tratamento. A maioria dos profissionais acredita que a abstinência de drogas (inclusive álcool e tabaco) é um indicador de Saúde Mental e é desejável para todos.

A nosso ver, o profissional que se propõe a tratar de alguém deve definir o que será objeto de tratamento, como vai desenvolver as suas intervenções, além de ter conhecimento dos recursos que poderá contar para viabilizar os procedimentos técnicos. Em resumo, há pelo menos três questões fundamentais: O que tratar? Como tratar? Para quem tratar? Portanto, é necessário avaliar o que o paciente pretende com o tratamento, se de fato o deseja e qual o compromisso que poderá estabelecer com a equipe multiprofissional (quando for o caso) ou com o terapeuta. Quando o paciente não estiver em condições de tomar decisões, alguém de direito deverá responsabilizar-se por ele. As prerrogativas do cidadão e o respeito ético ao ser humano não podem sobrepujar a condição de "doença".

STRANG (1992) discute que a política de redução de risco e de danos para os usuários de drogas injetáveis provocou redefinição de objetivos e criou maior diversificação dos programas terapêuticos, sem, contudo, negligenciar a avaliação da efetividade dos mesmos. Esta postura é encontrada apenas, em alguns profissionais do presente estudo. A maioria enfoca as recaídas como sinal de insucesso.

DEJONG (1994) opina que para se conseguir a abstinência de drogas não é necessário um tratamento vitalício, diferente da posição de um grupo de entrevistados, que segue as prescrições dos doze passos (neste modelo, o indivíduo é sempre um adicto em recuperação, ainda que esteja em abstinência há vários anos) ou a clássica condenação de que "uma vez drogado sempre drogado".

LARANJEIRA (1996) considera que as propostas de tratamento devem ser diversificadas e flexíveis, a fim de contemplarem os vários espectros de problemas e de populações envolvidas com diferentes níveis de uso de drogas. Este aspecto foi mencionado por alguns entrevistados (tabela 13).

Tabela - 14 Métodos e (ou) Técnicas empregadas

Método/Técnicas citadas	Freqüência	Porcentagem
Médicos		
Farmacoterapia	1	4.5
Psicoterapia de grupo, farmacoterapia doze passos, desintoxicação	1	4.5
Internação, farmacoterapia, aconselhamento, doze passos	1	4.5
Internação, farmacoterapia, aconselhamento, Psicanálise	1	4.5
Internação, psicodrama, orientação familiar, farmacoterapia	2	9.0
Enfermeiras		
Aconselhamento, psicoterapia psicanalística	1	4.5
Cuidados de enfermagem/ manejo psicológico desintoxicação/ aconselhamento	3	13.6
Terapeutas ocupacionais		
Terapia ocupacional, abordagem comportamental	2	9.0
Assistentes Sociais		
Internação, dinâmica de grupo, informações (filmes, vídeos, leituras), doze passos	4	18.2
Psicólogos		
Psicodrama (psicoterapia individual e familiar)	1	4.5
Análise existencial (logoterapia), aconselhamento, atividades expressivas (técnica eclética),	1	4.5
Psicanálise	1	4.5
Doze passos	1	4.5
Análise centrada no cliente	1	4.5
Grupos operativos e psicoterapia de grupo com técnicas psicodramáticas	1	4.5

*Oito profissionais trabalham em hospitais psiquiátricos convencionais.

Há concordância entre os entrevistados quanto à necessidade de desintoxicação de alguns pacientes, antes de se iniciar tratamento ambulatorial ou psicoterápico. A internação psiquiátrica é indicada para os casos mais graves. A alternativa de clínicas especializadas é preferida em relação à hospitalização psiquiátrica tradicional. Alguns profissionais citam a necessidade de se criarem espaços terapêuticos mais atraentes para os adolescentes. Há, também, comentários de alguns entrevistados para que o tratamento seja prioritariamente multidisciplinar e de que haja empenho para a superação das atuais barreiras, da organização dos serviços assistênciais e de formação dos profissionais, que dificultam as ações interdisciplinares.

Identificamos maior diversificação de métodos e técnicas entre os médicos e os psicólogos da amostra estudada. Estes profissionais relataram ter formação especializada em psicoterapia. Há dois médicos com formação em psicodrama e dois com formação psicanalítica Também há um psicólogo com formação em psicodrama (e um outro cursando), um cursando formação em psicanálise, um com formação em análise existencial (logoterapia) e outro em análise centrada no paciente. Entre as enfermeiras, encontra-se uma com formação psicanalítica (Tabela - 14). Destacamos que a maioria dos profissionais que recomenda e (ou) pratica psicoterapia de grupo no serviço público e nas instituições onde trabalham não têm formação nesta modalidade técnica.

Encontramos, entre os entrevistados, uma predominância de 'intervenções ecléticas'. EDWARDS (1997) assinala que "estas, quando irrefletidas, podem se transformar em confusão ao invés de uma combinação útil." Ressaltamos, ainda, o documento da WHO/PSA/.16 (1996), que aborda a formação dos profissionais de saúde na área de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas. Segundo o documento, além do currículo tradicional sobre farmacologia, também devem ser fornecidos conhecimentos específicos e habilidades para avaliar, tratar, cuidar e reabilitar pacientes e ações comunitárias preventivas.

Tabela 15 - Resultados citados pelos profissionais

Comentários	Freqüência	Porcentagem
Os resultados são pequenos. A recuperação foi de poucos. Não temos estatísticas. É difícil por causa da compulsão. Não se recupera mais de 1/3 dos pacientes.	16	72.7
Aumento do período de abstinência. De regular a bom. Melhora a qualidade de vida familiar e social. Bons resultados pelo diálogo.	4	18.2
Quando a interesse e redução do uso de drogas, há perspectivas. Estrutura familiar e adaptação. Social menos prejudicados os resultados são melhores	2	9.0

Verificamos, na nossa amostra, que os comentários dos entrevistados sobre resultados são estimativas e impressões extraídas do trabalho clínico. A quase totalidade dos profissionais não realiza avaliações sistemáticas das intervenções desenvolvidas. Deste modo, as informações obtidas não estão alicerçadas em consulta de registros de dados. Os nossos achados confirmam a observação de MILBY (1988): "muitas abordagens são realizadas sem avaliação de resultados". É importante assinalar que o primeiro Encontro de Centros Brasileiros de Tratamentos de Dependências de Drogas (1988) recomendou que os Centros de tratamento, principalmente os de referência, preocupem-se em avaliar os resultados de suas intervenções (BUCHER *et al.*, 1995). Portanto, o tema continua atual, a Intervenção Breve na Dependência de Drogas: A experiência brasileira (NEUMANN & FORMIGONI, 1992), que descrevemos na revisão da literatura, é uma das poucas experiências de avaliação conhecidas no Brasil.

Na literatura, NEUMANN (1992) KLEINMAN (1992) PINSKY *et al.* (1995), entre outros, mostram que a adesão ao tratamento dificilmente é superior a 30%. DEJONG (1994) afirma que os dependentes de drogas precisam aprender a enfrentar o desejo e as pressões sociais para usarem drogas. Para AZRIN (1996), as recaídas parecem inevitáveis, mesmo quando a abstinência é mantida artificialmente através de internação. GIBSON (1992); BRASILIANO & COBELHO (1994) assinalam que a família deve ser incluída nos programas terapêuticos.

STRANG (1992) formula a hipótese de que, "talvez os maus resultados de tratamentos possam ser, nada mais, do que o resultados de maus tratamentos". Embora esta hipótese possa ser considerada ameaçadora ou um julgamento destrutivo e pessimista para os clínicos da toxicomania, entendemos que a mesma tem o vigor de questionar dois pontos cruciais da área: a conceituação de resultados e de tratamento. Sem conceitos e definições, mais claros e precisos, não podemos saber o que se avalia, nem tampouco qual "tratamento". Pensamos que os dois termos precisam sair do obscurantismo em que se encontram. Por exemplo, o que significa, de fato, avaliar a abstinência depois de determinado tempo de tratamento de desintoxicação? A noção de resultados como algo estático precisa ser debatida. Qual a relação do resultado com a saúde do indivíduo? Sugerimos que as conhecidas 'flutuações de resultados dos tratamentos' podem traduzir melhor a dinâmica de vida do sujeito usuário de drogas do que o conceito estático de resultado=abstinência ou, ainda, abstinência =cura. Assim, propomos o conceito de 'flutuação de resultados' no lugar de resultados para a avaliação da eficácia do atendimento terapêutico

Tabela 16 - gratificação pessoal e profissional de tratar dependentes de drogas.

Comentários apresentados	Freqüência	Porcentagem
É bem frustrante. É desapontador É uma frustração pessoal de não conseguir uma resposta na maioria das vezes. Ganha-se pouco	9	40.9
Ganho dinheiro, merecia mais, todos que trabalham na saúde deveriam ganhar mais, mas gosto de trabalhar.	1	4.5
Acrescenta experiência profissional	2	9.0
O resultado pequeno é gratificante. Alguns casos que consegui bons resultados. O mínimo que se consegue é gratificante. Fazer o que gosto. Poder ajudar. Devolver a esperança a uma pessoa.	8	36.3
Nada pacífico	2	9.0
Descobrir recursos mais diversificados, para eles poderem elaborar. Resgatar a minha juventude.	1	4.5

A maioria dos entrevistados relata desapontamentos em relação à gratificação pessoal e profissional. Esta situação é marcante entre os profissionais que idealizam o atendimento e seus próprios recursos de resolução ou de cura, através de esforço, dedicação, desejo humanitário ou outro ideal qualquer, para lidarem com o "problema". Nesta perspectiva, não avaliam a complexidade do fenômeno e, ao se depararem com as dificuldades, a realidade dos resultados pode tornar-se insuportável (Tabela 16).

Tabela 17 - Dificuldades encontradas pelos entrevistados

(a) dificuldades apontadas (nos pacientes)	**Freqüência**	**Porcentagem**
Adesão	11	50.0
Recaídas	7	31.8
Compulsão	3	13.6
Agressividade dos pacientes	2	9.0
Negação da doença	3	13.6
Boicote familiar	2	9.0
Socio econômicas dos pacientes e da família	1	4.5
A estrutura psicilógica do paciente	1	4.5
(b) Socioculturais e institucionais	**Freqüência**	**Porcentagem**
Falta de locais com qualidade para a internação	1	4.5
Interferências administrativas	1	4.5
Uso do tratamento para demissão de funcionários	1	4.5
Baixos salários/ falta de reconhecimento	6	27.2
Falta de supervisão/ reciclagem, cursos	1	4.5
Integração com outros recursos públicos e comunitários	1	4.5
Medo de traficantes	2	9.0
Falta de propostas atraentes de tratamento para adolescentes	1	4.5
Imediatismo e pressão social, preconceitos desinformação falta de estrutura, verbas, recursos humanos equipes preparadas.	9	40.9
(c) dificuldades autoreferida	**Freqüência**	**Porcentagem**
Compreensão teórica	2	9.0
Como lidar com os pacientes	2	9.0
Vínculo com os pacientes crônicos	1	4.5
Medo do paciente	1	4.5
(d) dificuldades genéricas ou de colegas	**Freqüência**	**Porcentagem**
Capacitação/atualização/supervisão	3	13.6
Trabalhar em equipe multiprofissional	3	13.6
Falta de conhecimentos e de habilidade para lidar com dependentes de drogas	2	9.0
Muitas desculpas e pouco interesse	1	4.5
"stress" dos profissionais	1	4.5
Excesso de trabalho, estamos doentes	2	4.5
Desinteresse para tratar dependentes	1	4.5

Quando introduzimos a pergunta sobre as dificuldades que os profissionais encontram para realizar os atendimentos de usuários de drogas, os profissionais relataram toda sorte de dificuldades, razão pela qual resolvemos agrupá-las nos itens a, b, c, d (Tabela 17). Reafirmamos que a formulação da questão foi aberta, como descrito no capítulo de metodologia, não direcionamos para nenhum dos aspectos que foram focalizados pelos entrevistados.

Os comentários dos profissionais indicam características predominantes:

- não há cursos de reciclagem;

- insatisfação com as condições de trabalho e salário;

- os serviços são estruturados e desaparecem de acordo com motivações circunstanciais de caráter político, mudança de governo, verbas disponíveis entre outros. Há planos de melhorias. Há serviços para serem iniciados. Mas quando?

Podemos notar que a análise crítica relacionada à auto-avaliação das dificuldades do profissional em lidar com os usuários de drogas foi abordada por poucos entrevistados. A compreensão do profissional, do que possa estar acontecendo na interação com o paciente, é condição indispensável para o processo terapêutico. É possível identificarmos, em algumas entrevistas, que, diante do desconhecido, da falta de compreensão, surgem quase certezas sob a forma de afirmações vagas.

MILBY (1988); GALDURÓZ & CARLINI (1993) são alguns dos pesquisadores que mostram que o tratamento do dependente de drogas requer pessoas preparadas e especializadas, que saibam lidar com as recaídas e motivar o paciente para continuar em tratamento.

Tabela 18 - Fontes de Informação citadas sobre Farmacodependência

*fontes	Frequência	Porcentagem
Um pouco de tudo, tudo que cai na minha mão.(livros, jornais, televisão, revistas)	6	27.2
Artigos de especialistas em dependência de drogas e (ou) supervisão	3	13.6
Nenhuma leitura específica	6	27.2
A.A ou N.A	4	18.2
Livros de Saúde mental	2	9.0
Troca de experiências com colegas	4	18.2
Publicações do CEBRID	3	13.6

* Os entrevistados podem estar citados em mais de uma categoria.

As leituras citadas pelos profissionais variam desde literatura especializada à literatura leiga ou de paraprofissionais (Tabela 18). Não há relatos de leituras ou acompanhamento sistemático de qualquer um dos vários periódicos especializados na área.

Os entrevistados, com raras exceções, não comentaram sobre prováveis leituras ou achados da literatura que contribuíram para melhorar a compreensão teórica do uso de drogas. O autor mais citado, Claude Olievenstein, é um dos mais conhecidos no Brasil. É comum os profissionais afirmarem que: "leio de tudo", "leio quando posso", não têm ajuda institucional ou facilidade de acesso às informações para se atualizarem. Há, ainda, um grupo de profissionais que desconhece a existência de publicações especializadas ou que, simplesmente, deprecia a utilidade destas para as ações práticas. Assim, podemos exemplificar. "Já li essas bobagens que a gente tem que ler, não acredito em estudos especializados"; "Consulto livros de Psiquiatria e de Psicopatologia".

Tabela 19 - Registro da experiência e levantamento estatístico.

Modalidade	Freqüência	Porcentagem
Apenas prontuário	11	50.0
*Levantamento estatístico; (apenas dados sociodemográficos)	10	45.4
Registro e estudo no material clínico dos atendimentos	1	4.5

*No levantamento estatístico são analisados alguns dados sociodemográficos; idade, sexo, diagnóstico, cidade de procedência do paciente.

Não é feita qualquer avaliação sistemática dos procedimentos adotados nas intervenções (Tabela 19). Não há controle de eficácia e "follow-up" das intervenções. Diferentes motivos foram mencionados, tais como: "falta de condições"; "o serviço é de assistência"; "o levantamento estatístico é feito mas não sei o uso que se faz do mesmo" ou "foi entregue ao prefeito".

STRANG (1992) é um dos estudiosos que mais discute a relevância de integração de pesquisa com a experiência clínica para se poder avançar nos procedimentos terapêuticos. O documento da WHO (1996) firmou um projeto de três anos, com um grupo consultivo para desenvolver, testar e difundir diretrizes internacionais de como conduzir a avaliação de tratamento de "usuários problemas" de drogas e álcool.

Concluímos que, em nossa cultura, não é habitual para a maioria das instituições de assistência à saúde se ocuparem de registro e levantamento de dados ou de análises estatísticas que possam viabilizar a pesquisa científica. As dificuldades de recursos humanos e materiais para absorver e desempenhar as tarefas relativas à assistência são as justificativas mais comuns para a manutenção do hiato entre a atividade assistencial e a pesquisa. Na verdade, este aspecto é uma das fontes geradoras de dificuldades na qualidade dos serviços de Saúde Mental prestados à população. Estabelece-se um círculo vicioso, no qual a falta de recursos é o argumento utilizado para o não desenvolvimento de pesquisas e

a falta destas (no caso aqui considerado o atendimento às Dependências Químicas em seus vários aspectos), fator perpetuador da desorganização do atendimento, bem como da falta de informações que esclareçam a opinião pública a respeito dos recursos de que dispõe a comunidade para poder lidar com os transtornos relacionados ao uso de substâncias.

Tabela 20 - Mudanças de compreensão da drogadependência

Mudanças apontadas	Freqüência	Porcentagem
Não houve mudança	3	13.6
Maior aceitação e respeito pelo sofrimento do paciente	4	18.2
Substituição do preconceito (é bandido, sem vergonha) pelo conceito de doença	5	22.7
Antes eu não sabia o que era dependência química	1	4.5
A abstinência não é a cura	1	4.5
Avaliação criteriosa da situação clínica, familiar e social	2	9.0
Deixar de se colocar como um anteparo para o paciente não usar drogas	1	4.5
Trabalhar com a compulsão é mais difícil do que se supunha	1	4.5
Discriminar entre uso, abuso e dependência antes de definir o encaminhamento	1	4.5
Avaliar se há indicação de análise	1	4.5

STRANG (1992) comenta que há estudos mostrando poucas evidências de mudanças em usuários de drogas (em tratamento), e outros trabalhos revelam claramente a viabilidade e a ocorrência de progressos. Parece que o mesmo fenômeno ocorre com os profissionais que tratam de usuários de drogas. Há um grupo que relata não ter mudado a sua compreensão da farmacodependência, mesmo profissionais que trabalham na área há mais de uma década. Outros estão mais atentos aos preconceitos e receios que tinham antes de estarem em contato com os pacientes. Finalmente, alguns profissionais que estão mais atentos às questões teóricas e técnicas e, com base nesta realidade, auto-avaliam a sua disponibilidade ou não para assumirem um processo terapêutico. Como afirma o documento da WHO/PSA/.16, (1996) "pretende-se alcançar mudanças na formação e treinamento para o atendimento de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas, a fim de melhorar os cuidados oferecidos a população".

Como podemos verificar, as dificuldades com o atendimento desta demanda não se limitam aos profissionais entrevistados no presente estudo, com amostra regional do Vale do Paraíba, Estado de São Paulo, estes apenas confirmam uma tendência que parece ser mundial. O fato da WHO estar focalizando a sua atenção nos programas terapêuticos, avaliação de eficácia e formação dos profissionais é antes de mais nada um indicador da complexidade do fenômeno que está a exigir constante discussão e aprofundamento nos níveis disciplinar, multidisplinar, interdisciplinar e transdisciplinar. Nesta conceituação, CHAVES (1998) comenta que a ciência é constituída por um conjunto de disciplinas, que, com a crescente complexidade dos problemas, aproximaram-se desde o patamar mais simples, 'multidisciplinaridade' (as disciplinas não são modificadas), passando pelo 'interdisciplinar' (ocorrem intercâmbios e enriquecimentos mútuos) e, finalmente, o ponto mais completo, a 'transdisciplinaridade' no qual as barreiras rígidas entre as disciplinas cedem lugar a projetos de pesquisa que "lidam com o que está, ao mesmo tempo, entre as disciplinas, através das disciplinas e além de todas as disciplinas". Concluímos que a consciência do desconhecimento e a determinação do homem para compreender o mundo e o seu tempo continua sendo o eixo propulsor do desenvolvimento da ciência.

Encerramos a discussão dos resultados do presente estudo, com a fala de um dos entrevistados: "Ainda estou esperando resultados melhores".

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Consideradas as limitações metodológicas e o caráter exploratório do nosso estudo, pensamos que assumir os nossos achados como conclusões seria uma posição algo temerária. No entanto, não vamos nos furtar a algumas "liberdades científicas" razão pela qual situamos as nossas considerações em dois momentos distintos. No primeiro, traçaremos um esboço da ordem de 'uma provável caracterização do profissional de saúde mental que atende usuários de drogas'. Pretendemos que tal formulação esteja diretamente atrelada ao relato explícito dos entrevistados. No segundo, tentaremos integrar a nossa experiência pessoal no tratamento de familiares e de usuários de drogas, com a revisão da literatura e diálogos com os profissionais pesquisados. Assim, vamos nos lançar na arriscada tarefa de ampliação de nossos comentários, criando a perspectiva de estabelecer generalizações abusivas e (ou) indevidas ou meras divagações.

6.1. Uma provável caracterização do profissional de Saúde Mental, do presente estudo, que atende usuários de drogas.

Idade (em anos): 40.3

Sexo: 59.1% do sexo masculino e 40.9% do sexo feminino.

Estado civil: 50.0% casados; 27.3% divorciados; 4.5% separados e 18.2% solteiros.

Curso de graduação: 18.2% Enfermagem; 27.3% Medicina; 27.3% Psicologia; 18.2% Serviço Social; 9.1% Terapia Ocupacional.

Titulação acadêmica: 18.25% com mestrado; 9.1% cursaram créditos em mestrado; 72.3% com curso de especialização em diversas áreas. Não há relato de curso de especialização em dependência de drogas. Os médicos e os Psicólogos têm maior titulação acadêmica.

Tempo de trabalho, em anos, com usuários de drogas: tempo médio de 13.1; menor tempo = 2; maior tempo = 33; n=22 entrevistados. Os médicos e os assistentes sociais apresentam as maiores médias de tempo de trabalho, seguidos dos psicólogos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros.

Tempo médio, em anos, para iniciar na área após o término da graduação: Enfermagem 7.3; Medicina 5.6; Psicologia 2.8; Serviço Social 5.3; Terapia Ocupacional 0.5.

Número médio de pacientes atendidos por semana: 17.2 pacientes. Mínimo 1; máximo 80.

Número médio de famílias atendidas por semana: 9.5 famílias, Mínimo1; Máximo 30.

Publicação de artigos: 1

Divulgação de informações para a população: 11 proferiram palestras em escolas; 8 em empresas.

Apresentação de trabalhos em congressos ou simpósios científicos na área: 1.

Presença em congressos ou simpósios da área: 12 entrevistados já compareceram. Assim distribuídos, 5 psicólogos, 4 médicos, 2 assistentes socais, 1enfermeiro.

Motivações para atender usuários de drogas: 63% Surge da demada, sem motivação específica; 18.2% não gostam de atender essa população; 18.2% pelo desafio e importância social "do problema"; 13.6% têm familiar dependente de drogas.

Objetivos específicos do tratamento: 54.5% abstinência/recuperação; 22.7% melhora a qualidade de vida; 9.0% depende das condições do paciente; 4.5% solucionar os

problemas dos pacientes; 4.5% promover desenvolvimento mental; 4.5% oferecer o método psicoterápico.

Métodos e técnicas utilizadas: 4.5% Farmacoterapia; 4.5% psicanálise; 4.5% psicodrama; 4.5% doze passos; 4.5% terapia centrada no cliente; 77.5% misturam diversas abordagens; internação, farmacoterapia, psicanálise, psicoterapia individual e de grupo, orientação familiar, aconselhamento, dinâmica de grupo, informações, doze passos entre outras. O ecletismo no uso de técnicas prevalece para se atingir o objetivo genérico de recuperação ou abstinência.

Resultados obtidos: 72.7% a recuperação foi de poucos; 18.2% melhoras em geral; 9.0% depende das condições do paciente.

Gratificação pessoal e profissional: 40.9 frustrante; 36.3% o mínimo que se consegue é gratificante; 9.0% acrescenta experiência profissional; nada específico 9.0%; 4.5% deveria ganhar mais; 4.5% resgatar a minha juventude.

Dificuldades encontradas pelos profissionais: 50.0% adesão ao tratamento; 31.0% recaídas; 13.6% compulsão; 9.0% agressividade dos pacientes; 9.0% boicote familiar; 27.2%; baixos salários; 9.0% medo de traficantes 40,9%; pressão social por resultados/ falta de condições de trabalho; 9.0% compreensão teórica; 13.6% dificuldade de lidar com os pacientes. 12.7% falta de reciclagem/cursos/supervisão

Dificuldades de colegas e, outras genéricas: 13.6 trabalhar em equipe multiprofissional; 13.6% falta de capacitação/supervisão; 9.0% excesso de trabalho/estamos doentes; 4.5% stress dos profissionais; 9.0% falta de conhecimentos e habilidades para lidar com usuários de drogas.

Fontes de informação: 27.2% livros/jornais/televisão/revistas; 13.6% artigos de especialistas conhecidos/supervisão; 27.2% nenhuma leitura específica; 18.2% A.A ou N.A; 18.2% troca de experiências com colegas; 13.6% publicações do CEBRID; 9.0% livros de Saúde Mental.

Registro da experiência: 50.0% apenas prontuário; 45.5% levantamento de dados socio-demográficos; 4,5% registro e estudo do material clínico.

Compreensão do uso, abuso, dependência de drogas: predomínio de pontos de vista ecléticos (95.5%), apenas um entrevistado utiliza exclusivamente o ponto de vista biológico (4.%). O mais freqüente é a associação do modelo psicossocial com o biológico. As explicações do fenômeno agregam fatores biológicos (neurotransmissores, genéticos), de personalidade (baixa auto-estima, depressão, psicoses, psicopatias), familiares (rigidez, permissividade, ausência paterna, rejeição, falta de diálogo) e socioculturais (preconceitos, hipocrisia, omissão das autoridades e da população, aceitação e estímulo do uso de drogas lícitas, falta de programas preventivos, desinformação, desemprego, desestruturação familiar).

Compreensão da família do usuário de drogas: 86.3% relatam que a família é desestruturada (conflitos conjugais; pais rigorosos, permissivos, ausentes, alcoolistas; mães protetoras, permissivas, ausentes, sedutoras; laços afetivos enfraquecidos; necessidade de um bode expiatório; estão doentes, codependentes, querem a internação do filho, rejeição parental).

- 13.6% assinalam que a família não tem responsabilidade pelo uso de drogas do filho (o comprometimento psicológico familiar é pouco superior a média; não tem culpa, a desestruturação vem do uso de drogas; é um erro culpar a família).

Compreensão da postura da sociedade brasileira em relação as drogas e aos usuários: 72.2% hipócrita, preconceituosa, discriminadora, acusadora.

- 36.6% mal informada, desinteressada, pânico e interesse diante de casos divulgados pela mídia.

- 4.5% há crescente atenção na prevenção.

Mudanças de compreensão da farmacodependência no transcurso da experiência: 13.6% não houve mudanças; 22.7% substituição de preconceito pelo conceito de doença; 18.2% maior aceitação e respeito pelo sofrimento; 4.5% antes eu não sabia o que era dependência química; 4.5% a abstinência não é cura; 9.0% fazer uma avaliação mais criteriosa; 4.5% deixar de ser um anteparo em relação a droga; 4.5% trabalhar a compulsão é muito difícil; 4.5% discriminar entre uso, abuso e dependência; 4.5% avaliar se há indicação de análise (tratamento psicanalítico).

6.2. POSSIBILIDADES DE CONCLUSÃO.

As dificuldades decorrentes da rotina de trabalho, aliadas à falta do hábito de integrar assistência e pesquisa em nossa cultura de serviços públicos e privados, fora do âmbito acadêmico, podem explicar as limitações de evolução teórico-técnica no tratamento de transtornos relacionados a substâncias entre os profissionais de nossa amostra. A negligência, verificada nas atividades de pesquisa, pode ser atribuída a falhas de formação acadêmica e ao desinteresse institucional em apoiar o trabalho de supervisão, estudos clínicos e de investigação sistemática da população atendida.

Há uma extensa literatura científica sobre os transtornos relacionados a substâncias, tais como a Revista Britânica de Adições, com mais de cem anos, revistas especializadas, em vários países, publicadas por órgãos científicos de reconhecido valor. A maioria dos profissionais entrevistados não se mostrou voltada para essas leituras.

No presente estudo, verificamos que, se há profissionais focalizam a intervenção clínica no combate ao uso de drogas - modelo de AA e NA, nos quais se acredita que a compulsão determina a falta de controle sobre o uso da substância e prega-se a abstinência - há outros, que procuram centralizar a abordagem terapêutica na totalidade dos aspectos da personalidade. Se alguns enfrentam a angústia decorrente do atendimento ao toxicodependente, condenando a droga, às vezes de forma ingênua e simplista, outros profissionais se esquivam deste estado psicológico. Entretanto, a angústia de atender pessoas com hábitos de risco permanece e podemos observá-la na maioria dos entrevistados

que trabalham há mais tempo com essa população. Os profissionais iniciantes, com meses ou alguns anos de experiência, ou os que não se consideram especialistas ou referências, encontram-se menos frustrados e com menor carga de ressentimento, para seus pacientes. Consideramos que esses profissionais, embora não tenham uma formação diferenciada para tratar transtornos relacionados a substâncias, apresentam uma atitude mais isenta para abordá-los; o que pode favorecer o estabelecimento da relação terapêutica. Por outro lado, os chamados especialistas nem sempre conseguem manter-se livres de expectativas e com bem-estar psicológico, indispensáveis ao desenvolvimento da relação terapêutica. Verificamos, também, que os profissionais de enfermagem ou aqueles que fazem atendimentos mais breves, e freqüentemente com menor envolvimento pessoal, estão menos insatisfeitos com seus resultados .

É muito comum os profissionais de saúde mental revelaram resistência ou mesmo indisponibilidade para prestarem atendimento a pessoas que apresentem transtornos relacionados com uso de substâncias psicoativas. O argumento mais freqüente é de que se trata de pacientes que frustram ou de que são "sociopatas". Assim, é que, em cada uma das unidades de saúde mental (de São José dos Campos), há um profissional que é reconhecido como aquele que atende drogados e que tem experiência com essa população. Muitas vezes este profissional foi escalado pelos demais para ocupar tal lugar, e desobrigando-os, destarte, de realizar atendimentos perigosos e (ou) frustrantes. Os escalados para o que podemos chamar de missão ou sentem-se confortáveis com o *status* institucional ou se tornam "prisioneiros" dos colegas.

Há indícios de que o propalado risco de se trabalhar com drogados é similar ao medo de se entrar em contato com pessoas estigmatizadas como loucas. Historicamente o doente mental foi e continua sendo objeto de fantasias, discriminações, e excluído socialmente. Da mesma forma, o usuário de drogas, na atualidade, também passou a ser um dos representantes das possessões demoníacas medievais. Sabe-se que sua exclusão ocorre em várias instituições, família, escola, trabalho. Uma parte dos entrevistados fornecem indícios que alguns profissionais de saúde são parte atuante no processo de afastamento desses pacientes. Não podemos negligenciar a existência de riscos no atendimento a toxicômanos, entretanto, o mesmo cuidado deve estar presente nas demais situações

vivenciadas nos serviços de Saúde Mental. Admitimos que a hipótese de resistências dos profissionais ao atendimento dessa população, foi confirmada pelos sujeitos de nossa pesquisa.

Há o discurso social - que pode ser identificado desde o início da década 70, quando se realizou em São Paulo, o Simpósio Internacional sobre Farmacodependência - mas, efetivamente, são poucas as iniciativas desenvolvidas pelos órgãos governamentais, responsáveis pelo que se convencionou chamar de problema das drogas. Existe o esforço dos serviços de algumas instituições acadêmicas e a implantação dos conselhos estaduais e, mais recentemente dos municipais (o de São José dos Campos está em andamento e o de Taubaté, em atividade), mas, freqüentemente, não ultrapassamos a barreira da pré-tarefa - 'ensaios de ação que camuflam a omissão e a alimentam'. Cabe aqui um estudo sociológico aprofundado sobre esta política de minimizar as dimensões do problema. Concluímos que as dificuldades dos profissionais podem ser reflexo da resistência da sociedade brasileira em enfrentar essa questão da Saúde Mental.

As explicações simplistas, de caráter biológico, psicológico ou psicanalítico, sobre a toxicomania, podem ser reflexo do postulado de que a doença mental está totalmente encerrada e localizada dentro do sujeito que a manifesta. Na literatura científica, há diferentes explicações para a etiologia da drogadependência. São elas: predisposição genética, particularidades bioquímicas, fragilidades egóicas, rejeição parental, desestruturação familiar, falhas de caráter ou de personalidade com tendências destrutivas, aumento da oferta e das facilidades para encontrar produtos psicoativos, desenvolvimento de produtos sintéticos com crescente poder de provocar dependência psicológica e (ou) psíquica, crise de valores e de referências éticas e falta de perspectivas de bem-estar social .

Estas explicações, mais habituais, e suas deformações interpretativas tiveram influência na criação de uma pseudocultura científica, dominada por crenças e dogmatismo, o que dificulta a apreensão mais ampla das dimensões biológica, psicológica e sociocultural que permeiam o fenômeno da adição química. Os profissionais que tratam de dependentes ficam de tal modo envolvidos em sua prática cotidiana que podem deixar de observar as várias formas de relação que as pessoas estabelecem com as drogas, desenvolvendo, assim, generalizações indevidas. Sabe-se que os pacientes, dos hospitais psiquiátricos e das

unidades de Saúde Mental, com diagnóstico de toxicomania representam uma parcela pequena do universo populacional de utilizadores de drogas. Desta forma, os profissionais passam a enxergar o mundo social e humano a partir da perspectiva dos casos clínicos que atendem.

Muitas das abordagens dos profissionais pesquisados foram equivalentes às do senso comum, isto é críticas, generalistas, sem discriminação quanto ao tipo de droga consumida - maconha, cocaína, "crack", álcool, etc - nem quanto à forma de uso. Todas recebem a mesma inscrição - 'drogas' - com destino garantido, à dependência. O contexto em que ocorre a utilização do produto, a fase de desenvolvimento do usuário (infância, adolescência), avaliação de suas relações familiares, pessoais, profissionais e (ou) escolares, estudo de personalidade e dados biológicos são menos relevantes do que o conceito-drogas. Esta extrapolação de sua condição de sinal e de sintoma individual e social para doença psiquiátrica ou de desvio de comportamento com vida própria e independente de seu processo gerador, ainda é o pensamento hegemônico. Tal pensamento predomina, embora pesquisas na área de abuso de substâncias, das últimas décadas, não tenham encontrado perfis específicos de personalidade ou de famílias de dependentes de drogas. Além disso, sabe-se que o fenômeno também não se restringe a classes sociais, etnias, ou economias específicas.

É preciso encontrar e localizar na história do toxicômano as razões específicas de seu intrigante paradoxo, ou seja, de ser aparentemente idêntico a tantos outros e, no entanto, radicalmente único em sua essência constitutiva. O desejo irresistível do indivíduo de voltar a drogar-se pode ser a expressão da impossibilidade de suportar a dor que é volatilizada durante os efeitos, embora efêmeros da substância psicoativa. Assim, a questão é muito mais de estreitos limites de tolerância a dor mental, e a compulsão seria uma forma de ativar o processo de eliminação do sofrimento, que passa a se aproximar e a ser confundido com a vida. Neste delicado limite está a "overdose", na qual a representação de vida e sofrimento se fundem. Talvez a percepção da situação, por vezes crítica do toxicômano, explique os discursos que representam investidas bélicas da sociedade contemporânea contra as drogas - a chamada guerra antidrogas - e, aqui, as ações também se tornam perigosas para os usuários de drogas. Os profissionais não ficam imunes a

dificuldade social de suportar a dor do drogado, confundindo, também, o combate às drogas com combate aos drogados. Portanto, desistir de tratá-los e recusar-se a pensá-los como um sintoma da busca de alivio é o corolário da aparente desistência destes da vida.

As dificuldades encontradas pelos profissionais do serviço público são de várias ordens: excesso de trabalho, falta de supervisão como rotina inerente ao trabalho em saúde mental, falhas de formação ou mesmo total falta para efetuar as intervenções técnicas propostas, tais como, psicoterapia de grupo ou, ainda, para compreender as complexas questões sociais, psicológicas e médicas que envolvem os transtornos relacionados às substâncias psicoativas. O empenho dos profissionais, da mesma forma que as suas angústias, foram percebidos durante as conversas. São freqüentes: a insatisfação com as condições de trabalho e com a falta de recursos. Alguns sentem-se motivados pelo desafio que o problema das drogas representa para a nossa sociedade e, obstinadamente, procuram na atividade clínica, dar respostas individuais. Desta maneira, o próprio profissional de Saúde Mental que trata dependentes de drogas passa a oferecer-se para ocupar o lugar destes, tornando-se refém dos conflitos alheios.

A insistência em resoluções narcísicas pode obscurecer a realidade cultural do homem e intensificar a vulnerabilidade do profissional diante das frustrações com os resultados obtidos, em geral desestimuladores. Há, ainda, um risco maior, que é o de estimular insanidade mental, através da ideologia de que os fins justificam os meios e de que qualquer tratamento, também está justificado por suas boas intenções curativas mesmo que seja uma substituição da dependência de drogas por produto da indústria farmacêutica ou por práticas alienadoras de qualquer natureza.

A maioria dos profissionais de nossa amostra, que trabalha com psicoterapia de grupo e orientação familiar, não tem formação específica para estas modalidades terapêuticas. Internar o paciente apenas durante o período de desintoxicação é outra tendência dos profissionais que atendem toxicodependentes. Aqueles que trabalham em hospital psiquiátrico são, freqüentemente, uma exceção a essa escolha.

Nos cursos de graduação, além da atenção com a formação científica, indicamos uma avaliação curricular das disciplinas que tratam dos transtornos relacionados

a substâncias. Para os profissionais de saúde mental, sugerimos cursos de atualização e reciclagem, como forma de proporcionar as condições indispensáveis para viabilizar intervenções preventivas e terapêuticas.

Vários profissionais identificam este trabalho como um desafio, isto é, enfrentamento de medos, preconceitos, ou de elaboração de experiências familiares, enquanto outros realizam uma tentativa de afirmação pessoal com a conseqüente desconsideração da complexa realidade do toxicômano. Assim, podem estabelecer o mesmo jogo sintomatológico do paciente: imediatismo para obter resultados (procura da droga), cura a qualquer preço (negação dos prejuízos determinados pela droga), baixa tolerância à frustração e dificuldade de espera (agressividade e manipulação), oscilação entre onipotência e impotência - vou resolver a tua dependência, não quero mais te tratar (nunca mais vou usar drogas, recaídas), ameaças - você vai morrer desse jeito (eu não vou deixar de usar drogas)

Uma das questões presentes, na nossa amostra, é o discurso da dedicação profissional, o que obscurece e disfarça a necessidade de uma formação teórica e técnica e de atualização dos conhecimentos científicos por meio de publicações respeitadas. Cai-se, desta forma, numa atitude messianica e prática profissional idealizada. Contrapondo-se a este discurso, temos a ênfase na responsabilidade da família e (ou) do paciente, quanto à adesão e êxito do tratamento. Assim, ora tudo depende do paciente querer se tratar, ora tudo está sob o domínio do profissional. Talvez esta postura ambivalente ajude a explicar os sentimentos de frustração do profissional, as acusações ao paciente e à família que não aderem ao tratamento ou a decepção pelas constantes recaídas.

Como é constante a queixa de dificuldades de recursos financeiros e de insuficiência de profissionais no serviço público, esses fatores devem ser levados em conta em estudos específicos sobre as condições de trabalho dos profissionais de Saúde Mental e suas repercussões na qualidade do atendimento à população.

Em síntese, pensamos que o atendimento ao usuário de drogas está repleto de explicações apressadas, há dificuldades de aprofundamento nas reflexões, falta de postura científica e presença de moralismos. Deste modo, parece que o lugar comum encobre uma quase incompreensão do fenômeno, além da improvisação observada na organização dos serviços assistenciais.

Por estas descrições, o problema das drogas parece um imenso castelo em ruínas, no qual alguns profissionais querendo ou, por circunstâncias, estão sendo obrigados a consertar um pequeno portão do quarto de um dos 'servos' (observação do Dr. Isac Germano Karniol, após a leitura do boneco desta tese).

7. SUMMARY

At the introduction of the presenting Phd thesis, we present and discuss a bibliographical revision about individual, familiar, social cultural aspects, related to drug addiction, its use and abuse, emphasizing on therapeutical actions. Actually, we have chosen to present, detailed up - to - date scientific literature studies, which have beem considered as standards to the discussed subject. However, we point out, the World Health Organization (WHO, 1996), which demonstrates the concern related to the necessity of evaluating drug addict treatment, as well as the training and professional qualification of those who treat drug addicts and work in the prevention of psychoative substance uses.

We have interviewed twenty-two professionals from Mental Health area, which qualifications were from different fields on University level - Medicine, Social Work, Occupational Therapy, Psychology, Nursing and Psychoanalyzis who treat people who are drug addicts in the cities of Taubaté and São José dos Campos, located in Paraíba Valley, State of São Paulo. We have also included, in this research, professionals who work in Psychiatric Hospitals (in São José dos Campos) in the field of Mental Health for government institutions and (or) private offices in the cities mentioned above.

On our research we have taken into consideration the characteristics pertinent to these professionals qualification, way of procedure, as well as some of their points of views and their remarks concerning their clinical experience towards patients who present disorders related to those previously quoted substances. We have compilated the professionals' opinions about drug addicts and their families; the aims established by these continuous treatments, as well as their clinical procedures methods and (or) used techniques so that their purposes could be reached. Our approach also refers to the results they have achieved, the criteria used to evaluate these results, the main difficulties noticed during these patient's treatments, as well as if any kind of data and observation register were adopted and if any chang concerning drug addiction understanding has ocurred during their professional experience.

A statistical descriptive analysis of the researched sample, has shown that these professionals have been working in this area an average of 13.1 years. Almost all of these professionals have accidentally begun to work with drug addicted - in average 4.6 years

after their graduation. On general basis, they haven't had any previous specific qualification on this area. They attend an average of 17.2 pacients and 9.5 families per week.

When interviewed, these professionals have demonstrated dissatisfactions with the achieved results and with the work conditions. Practically, there aren't any recycling courses, efficacious controls or follow-up so that the professionals have a better qualification. The improvisation and the use of ecletic techniques predominate over the already defined actions which were systematically evaluated. The experience based on the treatment is superior in relation to the scientific research or even to the most modern scientific specialized literature.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais DSM-IV.** Trad. Dayse Batista. 4ªed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995.

ANDRADE, A.G. & SOARES, J.C.- Descrição de um ambulatório interdisciplinar de tratamento de alcoolistas e farmacodependentes. **Revista ABP-APAL, 11(3):**104-110, 1989.

AZRIN, N.H.; ACIERNO, R.; KOGAN, E.S.; DONOHUE, B.; BESALEL, V.A.; MCMAHON, P.T.- Follow-up results of supportive versus behavioral therapy for illicit drug use. **Behav. Res. Ther., 34(1):**41-6, 1996.

BARDIN, L.- **Análise de conteúdo.** Trad. de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisbopa, Edições 70, 1977, 279p.

BERGERET, J - **Toxicomanias.** trad. de Maria T. Batista. Porto Alegre, Artes Médicas, 1991.

BERGERET, J.- **Manual de Psicologia patológica**. Trad. Washington Loyello. São Paulo, Masson, 1983, 413p.

BOMTEMPO,M. - **Estudos atuais sobre os efeitos da *Cannabis sativa.*** São Paulo, Ground/ Global, 1980. 80p.

BUCHER, R.E. & COSTA, P.F.- A Abordagem Terapêutica do Toxicômano. **Acta Psiquiat. Psicol. Amér. Lat., 31(2)**:113-130, 1985.

BUCHER, R.; FARES, A.T.; PELEGRINI, R.; OLIVEIRA, R.M.; CARMO, R.A. - A avaliação qualitativa dos atendimentos a usuários de drogas. **Rev ABP-APAL 17(2)**: 75-86, 1995.

CARLINI, E.A - Maconha (*Cannabis sativa):* Mito e realidade, fatos e Fantasia. **Rev. Med. e Cultura, 36 (1,2,3):** 69-88, 1981.

CARLINI, E.A.; CARLINI-COTRIM, B. - A preponderante participação do álcool nas internações por dependências e por psicoses induzidas por drogas psicotrópicas no Brasil, triênio 1987-1989. **J. bras. de psiq., 40(6)**: 291-8, 1991.

CARLINI, E.A.; NOTO, A.R.; - Internações hospitalares provocadas por drogas: análise de sete anos consecutivos (1987- 1993). **Rev. ABP APAL., 17**(3): 107-114, 1995.

CARLINI, E.A.; NOTO, A.R.; GALDURÓZ, J.C.F.; NAPPO, S.A.- Visão histórica sobre o uso de drogas: passado e presente; Rio de Janeiro e São Paulo. **J. bras. Psiq., 45(4):** 227-236, 1996.

CARLINI-COTRIM, B. - A escola e as drogas: o Brasil no contexto internacional.. São Paulo,1992. [Tese de doutoramento - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

CARLINI-COTRIM, B. - Movimentos e discursos contra as drogas: o caso da sociedade americana. **Revista ABP-APAL., 17**(3): 93-101, 1995.

CARLINI-COTRIM, B.; GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R.; PINSKY, I.- A mídia na fabricação do pânico de drogas: um estudo no Brasil. **Comunicação & políteca. n.s., 1(2)**: 217-230, 1994.

CARROL, K.N.; ROUNSAVILLE, B.J.; GORDAN, L.T.; NICH, C.; JATLOW, P.; BISIGHINI, M.; GAWIN, F.H.- Psychotherapy and pharmacotherapy for ambulatory cocaine abusers. **Archies of General Psychiatry, 51(3)** 177-187, 1994.

CARVALHO, V.; PINSKY, I.; SILVA, R.S.; CARLINI-COTRIM, B.- Dug and alcohol use and family characteristics: a study among Brazilian high-shool. Addiction 90, 65-72, 1995.

CHAVES, M.M. - Complexidade e transdisciplinaridade: uma abordagem multimensional do setro de saúde. **R. Bras. .Educ. Méd., 22(1)**: p.7- 18

CHILCOAT H.D. & ANTHONY, J.C. - Impact of parent monitoring on initiation of drug use through late childhood. **J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 35(1):** 91-100, 1996.

COBELO, A. ; BRASILIANO, S. - Psicoterapia familiar breve de farmacodependentes internados. **Rev. ABP-APAL., 16(4)**: 165-170, 1994.

CORREIO POPULAR - Estudantes mortos tinham cocaína no carro. Campinas, 1 de outubro de 1993, p.6.

DEJONG, W. - Relapse prevention: An emerging technology for promotion long-term drug abstinence. **Int. J. addict., 29 (60):** 681- 705, 1994.

EDWARDS, G. & DARE, C. - **Psicoterapia e tratamento de adições.** Trad. Maria A. V. Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, p.88-101.

EDWARDS, G. - Comportamento aditivo: o próximo desafio clínico. In: EDWARDS, G. & DARE, C. - **Psicoterapia e tratamento de adições.** Trad. Maria A. V. Veronese. Porto Alegre, Artes Médicas, 1996, 247p.

FOLHA DE SÃO PAULO - **Drogas e Crime.** São Paulo, 30 de abril de 1995, Editorial, p.2

FORMIGONI, M.L.S.& NEUMANN, B.R.G. - Comparação da efetividade do tratamento de dependentes de álcool e outras drogas pelas técnicas de intervenção breve e psicoterapia de grupo. In: FORMIGONI, M.L.S., coord.- **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira.** São Paulo, Contexto, 1992. p.119-141.

GALDURÓZ, J.C.F. & CARLINI, E.A. - Avaliação clínica e tratamento da dependência de drogas. In : PRADO, F.C.; RAMOS, J.A.; VALLE,J.R. ,org. **Atualização terapêutica.** 16ª .ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p1184-1188

GALDURÓZ, J.C.F. ; NOTO, A.R. ; CARLINI, E.A - A adolescência, ensino, e o abuso de drogas. Reflexões. **Temas São Paulo., 25(49):**48-57, 1995.

GALDURÓZ, J.C.F.; NOTO, A.R,; CARLINI, E.A - Tendências do uso de uso de drogas no Brasil: síntese dos resultados obtidos sobre o uso de drogas entre estudantes de 1° e 2° graus em 10 capitais brasileiras (1987-89-1993-1997). Centro Brasileiro de Informações sobre drogas. Depto de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina., 1997a, 17p.

GALDURÓZ. J.C.F.; NOTO, A.R.; CARLINI.E.A - IV Levantamento sobre uso de drogas e entre estudantes de 1° e 2° graus em 10 capitais brasileiras -1997. Centro Bras. de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Depto de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina, 1997b. 130p

GIBSON, D.R.; SORENSEN, J.L.; WERMUTH, L.; BERNAL, G.- Families are helped by drug treatment. **Int. J. Addict. ,27(8),** 961-978, 1992.

KANDEL, D.B. & DAVIES M. - High school students who use crack and other drugs. **Arch. Gen. Psychiatry, 53(1)**: 71-80, 1996.

KANG, S.Y.; KLEINMAN, P.H.; WOODY, G.E.; MILLMAN, R.B.; TODD, T.C.; KEMP, J.; LIPTON, D.S.- Outcomes for cocaine abusers after once-a-week psychosocial therapy. **Am J Psychiatry 148(5)**: 630-635, 1991.

KARNIOL, I.G. - Assistência a farmacodependentes. Algumas considerações sobre o uso não-médico de drogas psicotrópicas. In: **Padrões de saúde**, Secretaria da Educação, São Paulo, 1981. p.32-37

KLEINMAN, P.H. ; KANG, S.Y. ; WOODY, G.E. ; KEMP, J. ; MILLMAN, R.B. - Retention of cocaine abusers in outpatient psychotherapy. **Am. J. drug alcohol abuse , 18(1):**29-43, 1992.

LARANJEIRA, R. - Bases para uma política de tratamento dos problemas relacionados ao álcool e outras drogas no Estado de São Paulo. **J. bras. Psiq.45(4):**191-199, 1996.

LARANJEIRA, R.; JUNGERMAN, F.; DUNN, J. - Drogas. 2ªed. São Paulo, Contexto, 1998.

LEWIS, R.A. - The family and addictions.; an introduction. **Family Relacions, (38)**, 254-257, 1989.

LUTHAR, S.S. ; MERIKANGAS, R.K.; ROUNSAVILLE.; B.J.- Parental psychopathology and disorders in offspring. a study of relatives of drug abusers. **J. Nerv. Mental Dis, 181(6):**351-357, 1993.

MAGALHÃES, M. P.- O sistema francês de atendimento à toxicomania. **Rev. ABP-APAL 13(2):** 59-62, 1991.

MEYER, R.E.- The disease called addiction: emerging evidence in a 200year debate. **Lancet; 347(8995)**: 162-166, 1996.

MILBY, J. B. - **A Dependência de drogas e seu tratamento**. Trad. Silvio M. Carvalho. São Paulo, Pioneira EDUSP, 1988. 279p.

MUNDIN, W.E.; BIZZOTO, G.A. ; LODI, M.I.H.; DUARTE, T.C.T.- Escuta e ato: centro mineiro de toxicomania. In: **Encontro de centros brasileiros de tratamento de dependência de drogas**. São Paulo, 1989. p.121-135

NEUMANN, B.R.G. - Avalação crítica da primeira experiência de aplicação da intervenção breve no Brasil. In: FORMIGONI, M.L.S., coord.- **A intervenção breve na dependência de drogas: a experiência brasileira.** São Paulo, Contexto, 1992. p.119-141.

NERY FILHO, A.; OLIVEIRA, A.J.M.M.P.; FARIAS, A.M.N.; LIMA, C.T.S.; TAVARES, L.A.L.; COSTA, M.H.P.; ARAÚJO, M.A.; BARBOSA, M.M.; CARRERA, S.M.O. - A experiência da Bahia - 1995/1988.Centro de estudos e terapia do abuso de drogas - CETAD In: **Encontro de centros brasileiros de tratamento de dependência de drogas**. São Paulo, 1989. p.39-64.

NOTO, R.A. ; GALDURÓZ, J.C.F.; CARLINI, E.A - Maconha: uma avaliação da situação brasileira através de quatro parâmetros epidemiológicos. **Rev ABP-APAL 17(4)**: 133-137, 1995.

OLIEVENSTEIN, C. - **A droga**. Trad. Marina Camargo Celidônico. 2ªed. São Paulo, Brasiliense, 1984. 143p.

PAIXÃO, R.- Agarafobia e delinqüência na adolescência. Coimbra, 1995 [Tese de doutorado - Universidade de Coimbra] PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE MENTAL DE SÃO JOSÉ DOS CAMPOS.- Comitê Intersetorial e comissão de saúde mental (intersecretarias). Secretaria de Saúde, Secretaria de Educação e Desenvolvimento Social, 1994. 56p.

PINSKY, I.; DA SILVA, E.A. ; MARQUES, A.C.; FORMIGONI, M.L.O.S.- Abandono de tratamento por dependentes de álcool e drogas: um estudo qualitativo dos motivos. **Rev. ABP-APAL 17(4)**: 150-154, 1995.

REZENDE, M.M.- **Curto Circuito: Relacionamentos em famílas estáveis e farmacodependência. estudo de casos.** Campinas, [Dissertação de Mestrado - Pontifícia universidade Católica de Campinas]

SARINÃNA, M.E.C.- Aproximaciones terapéuticas con el adolescente farmacodependiente. **Acta Psiquiát., Psicol., Amer., Lat. ,1991, 37(1)**:45-52.

SILVEIRA FILHO, D.X. - **Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências**. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1995. 80p.

SILVEIRA FILHO, D.X & e GORGULHO, M.,orgs - **Dependência. compreensão e assistência às toxicomanias** (uma experiência do PROAD). São Paulo: Casa do Psicólogo 1996, 258p.

SILVERS, E.P.- A psychotherapeutic aproach to substance abuse: preliminary observations. **Am. J. Dug Alcohol Abuse, 19(1)**: 51-64, 1993.

STRANG, J. - The fifth Thomas James Okey memorial lecture: research and practice: the necessary symbiosis. **Br. J. Addict., 87(7):** 967-986, 1992.

TORRES, S.A.; BARBERA, E.; SOUBRAN, L.; AMADOR, L.C.; CISNEROS, A.S.; ORTIZ, S.; SANZ, G.A. - La orientación a familiares de farmacodependientes: una experiência. In: **Experiencia de trabajo con la familia del farmacodependiente.** Centros de Integración Juvenil, Mexico, 1990, p.11-41.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Costs and effects of treatment for psychoative substance use disorders: A framework for evaluation. (WHO/PSA/96.18), 1996, 27p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health professional education on psychoative substance use issues. (WHO/PSA/96.16), 1996, 51p.

9. BIBLIOGRAFIA

ACOSTA, V. ; ALVARADO. A.; FLORES, M.C. - Conceptos y praxis de la orientacion a familiares de farmacodependientes. In: **Aproximaciones teoricas a la familia del farmacodependiente**. Mexico, Centros de Integración Juvenil, 1990. P.45-78

ANAIS DO SIMPÓSIO INTERNACIONAL SOBRE FARMACODEPENDÊNCIA.- São Paulo, GEF, 1977 271p, p.47-67

BERRIEL, R.E. & LUNA, J.A. - La psicoterapia familiar com pacientes farmacodependientes. In: **Aproximaciones teoricas a la familia del farmacodependiente**. Mexico, Centros de Integración Juvenil, 1990.

BURGOS, S.I.F. - Sobre la inscripcion social de la familia. In: **Aproximaciones teoricas a la familia del farmacodependiente**. Mexico, Centros de Integración Juvenil, 1990. P.31-45

BURNS, K. ; CHETHIK, L. ; BURNS, W.J.; CLARK, R. - Dyadic disturbances in cocaine-abusing mothers and their infants. **J. Clin. Psychol. 17(2):**316-319, 1991.

CARLINI-COTRIM, B.& BARBOSA, M.TS.- Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: um manual de orientações gerais. Centro brasileiro de informações sobre drogas psicotrópicas, 1990. 93p

CARROLL, K.M.; ROUNSAVILLE, B.J.; NICH, C. - Blind man's bluff: effectiveness and significance of psychotherapy and pharmacotherapy blinding procedures in a clinical trial. J. Consult Clin. Psychol., 62(2): 276-280. 1994.

CASTRO, M.E.C. ; ORTIZ, A. ; CAUDILHO, C. ; CHÁVEZ A.M. - Alteracions cognitivas y problemática psicossocial associadas com el consumo de drogas. Salud. Ment., 8(4): 74-79, 1985.

CENTRO BRASILEIRO DE INFORMAÇÕES SOBRE DROGAS PSICOTRÓPICAS. - Catálogo das publicações científicas brasileiras sobre o abuso de drogas psicotrópicas. São Paulo 1997. 336p.

DIAS, C.A. - Ali Babá. uma neurose demoníaca do século vinte. Lisboa, Escher, 1991. 99p.

DIAS, C.A. - Ascensão e queda dos toxiterapeutas: ou a democracia da mentira. Lisboa, Fenda, 1995. 103p.

ENCINAS, R.M.O. & BARAJAS J.A.V. - Abordagje terapeutico de la familia mexicana com problemas de farmacodependencia. In: **Aproximaciones teoricas a la familia del farmacodependiente**. Mexico, Centros de Integración Juvenil, 1990. p.101-112

ESCOBAR, C.H., org. - **As instituições e os discursos.** Rio de Janeiro, Tempo brasileiro, 1974. 137p.

ESCOLA DE PAIS DO BRASIL - **Pais filhos e tóxicos.** São Paulo, 1983, 88p.

GÓMEZ, D.C. & VERA, J.J.V. - Familia y farmacodependencia una revision bibliografica. In: **Aproximaciones teoricas a la familia del farmacodependiente**. Mexico, Centros de Integración Juvenil GURFINKEL, D. - A pulsão e seu objeto-droga. Estudo psicanalítico sobre a toxicomania. São Paulo, Vozes, 1995. 294p

INEM, C. L. & ACESLRAD, G. , orgs - **Drogas uma visão contemporânea.** Rio de Janeiro, Imago. 1993.

JOSE A.F - Riesgo sociopatológico del usuário de drogas. Buenos Aires **Mrio. de Salud,** 1988. 54p

LARA, R.A. - La psicoterapia familiar en el tratamiento de la farmacodependiente. In: **Aproximaciones teoricas a la familia del farmacodependiente**. Mexico, Centros de Integracion Juvenil, 1990. p71-91.

LARANJEIRA, R. & PINSKY, I. - O alcoolismo. Mitos e verdades. São Paulo, Contexto, 1997, 61p

LANCARA, E.M. - Carateristicas estructurales de las familias com adolescentes farmacodependientes. **Arc. Venez. Psiquiatr Neurol., 32(66)**: 31-36, 1986.

LATORRE, D.E.Q. - Integración familiar. **Rev. Univ. Ind. Santander Salud. Bucaranga 16(1):** 37-41, 1988.

MACEDO, F.G. - Framacodependência: a busca de uma presença no mundo. São Paulo 1996. [Dissertação de Mestrado - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo].

MALO, J.M. - Por que psicoterapia familiar? In: **Aproximaciones teoricas a la familia del farmacodependiente**. Mexico, Centros de Integración Juvenil, 1990. p.13-27

MOODLEY, P. & ARAYA, R. - Aspectos praticos del manejo clinico en la dependencia a benzodiazepinas. **Rev. Méd. Chile, 116(5):** 415- 500 1988.

RIBEIRO, M.M., & SEIBEL S.D. , coords. - Drogas; hegemonia do cinismo. São Paulo, Fundação Memorial da América Latina, 1997. 353p.

SANTOS, E.F. - Psychotherapy of drug dependent pationts: na introduction. **Bol. Assoc. Med. Pr. 80(5):** 167-168, 1988.

SCIVOLETTO, S.; HENRIQUES, S.G.; ANDADE, A.G.- A progressão do consumo de drogas entre os adolescentes que procuram tratamento. **J. Bras. de Psiq., 45(4):**201-207, 1996.

SILVA, M.T.A. - Drogas: conceitos sem preconceitos. São Paulo. Hucitec, 1986. 93p.

SHUK, I.E.A. & SALVADOR, G. - La participación de la familia y la comunidad en la prevención de la drogadicción. In: Memorias, primer congresso colombino de salud familiar, p. 431-443 1988.

OLIEVENSTEIN, C., col. - **A clínica do toxicômano**. Trad. Francisco Franke Settineri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1990.

OROZCO, J.B. - Psicoterapia de grupo em farmacodependencia. San José, 18p.

10. ANEXOS

Pesquisa via índice

Menu | Nova | Idéia! | Help

Selecione uma base de dados:

	Base de dados	Número de registros
◉	MDL98	1081
○	MDL9793	8061
○	MDL9288	8542
○	MDL8780	8537
○	MDL7966	12263

Mostra

Pesquisa via índice

Menu | Nova | Idéia! | Help

Selecione uma base de dados:

	Base de dados	Número de registros
◉	MDL98	92
○	MDL9793	595
○	MDL9288	295

Mostra

Pesquisa via índice

Menu | Nova | Idéia! | Help

Selecione uma base de dados:

	Base de dados	Número de registros
◉	LILACS	1206

Mostra

Pesquisa via índice

Menu | Nova | Hits! | Idéial | Help

LILACS	Expressão: [mh] CENTROS DE TRATAMENTO DE ABUSO DE SUBSTANCIAS	
Documentos recuperados: 30	Mostrando documentos de 11 a 20	Mostra documentos de 21 a 30

11/20 fotocópia vê registro completo

Id: 25a.ed/140030
Au: Garrido, Patricia; Wagner, Fernando; Villagomez, Yanga;
Ti: Salud y prevencion de la farmacodependencia / Health and prevention of drugdependency.
Fo: In: Mexico. Centros de Integracion Juvenil. La farmacodependencia y su prevencion dentro de la comunidad. Mexico D.F, Centros de Integracion Juvenil, jul. 1990. p.13-25 (Serie Tecnica Perfil Comunidad, 4).
11.

12/20 fotocópia vê registro completo

Id: 25a.ed/140032
Au: Leon, Rogelio de; Rubio, Juan; Leal, Fernando; Vargas, Jorge; Adame, Virginia;
Ti: Prevencion del abuso de inhalables entre los escolares, utilizando sociodrama comunitario / Prevention of the abuse of inhalants among school children, using comunitary sociodrama.
Fo: In: Mexico. Centros de Integracion Juvenil. La farmacodependencia y su prevencion dentro de la comunidad. Mexico D.F, Centros de Integracion Juvenil, jul. 1990. p.45-57, ilus. (Serie Tecnica Perfil Comunidad, 4).
11.

13/20 fotocópia vê registro completo

Id: 25a.ed/140035
Au: Sanchez-Huesca, Ricardo; Ramon Trigos, Edith; Ortiz Mondragon, Raul;
Ti: Investigacion documental de estudios epidemiologicos sobre farmacodependencia en la Ciudad de Mexico / Documentary research of epidemiologic studies on drugdependency in Mexico City.
Fo: In: Mexico. Centros de Integracion Juvenil. Aportaciones teoricas y practicas para el conocimiento del farmacodependiente. Mexico D.F, Centros de Integracion Juvenil, jul. 1990. p.11-39, tab. (Serie Tecnica Perfil Farmacodependiente, 5).
11.