

### **3. A história do consumo de drogas e do tratamento dos usuários destas substâncias**

A idéia de que o consumo de drogas é um fenômeno recente demonstra ser um equívoco. Sua presença revelou-se de múltiplas formas em diferentes sociedades ao longo da história do homem. Para Toscano Jr. (2001), trata-se de uma presença constante no tempo associada não apenas a medicina e a ciência, mas também a magia, religião, cultura, festa e deleite. Na perspectiva de Velho (1997) a relação das sociedades humanas com estas substâncias expressa por um lado, uma relação com a natureza e por outro, um processo singular de construção social da realidade. E nenhum grupo social deixou de registrar algum reconhecimento de alterações significativas de percepção e relação com o mundo a sua volta, ainda que por razões variadas.

Há que se ter o cuidado de tratar a questão do consumo de drogas de maneira contextualizada, sem dimensioná-lo inadequadamente para mais ou menos e assim evitar a adoção de posturas preconceituosas e julgamentos de base ideológicas menos elaborados, como bem colocou Velho (1997). Assim, qualquer proposta de análise desse tema, precisa considerar os muitos significados assumidos pelas drogas nas diversas culturas e épocas, remetendo-o para além de seus aspectos farmacológicos.

#### **3.1. As Drogas Ontem**

O uso de plantas alucinógenas sempre esteve relacionado à vida do homem. Na América foram encontradas cerca de 100 espécies de plantas alucinógenas, e na Europa e Ásia juntas, somente 10. (CARNEIRO apud TOSCANO Jr., 2001)

A cultura da papoula do ópio se originou na Europa e Ásia Menor e já foi denominado de planta da felicidade. Há registros sumerianos datados de 3000 anos a .C. que falam de seu uso medicinal e o próprio Homero o menciona como algo “que faz esquecer o sofrimento” em sua Odisséia. (MACRAE, 2001)

O ópio é um depressor do sistema nervoso central, com propriedades sedativas e analgésicas. A morfina, heroína e codeína são dele derivadas. A

morfina é um alcalóide de ópio usado como analgésico. A heroína é um derivado semi-sintético da morfina e é considerada uma droga ilícita.

No Brasil o ópio e seus derivados atualmente considerados substâncias ilegais já foram utilizados em várias medicações como em xaropes para tosse ou mesmo para “acalmar as criancinhas”, sendo vendido nas farmácias até o início do século XX. Já a China, por razões econômicas, se colocou como maior país de consumo do ópio até 1950. (TOSCANO Jr., 2001)

O consumo de álcool esteve presente como costume desde a antiguidade e particularmente o vinho foi considerado uma dádiva dos deuses. Osíris deu-o aos egípcios, Dionísio o fez aos gregos e Noé aos hebreus. Os mosteiros da Idade Média plantavam vinhas para uso do vinho como sacramento. (INABA e COHEN,1991)

O cânhamo origina-se da *Cannabis sativa*, espécie herbácea advinda da Ásia Central. Na antiguidade foi utilizado por sacerdotes indianos em cerimoniais por suas características inebriantes. Da Índia difundiu-se para o Oriente próximo e para países do norte da África. (PASSOS, 1996)

A *cannabis* é utilizada nas seguintes formas: resina (haxixe), no estado natural, onde as folhas são colhidas, secadas e trituradas e então fumadas (maconha) e o haxixe líquido (destilado oleoso bastante concentrado) que pode ser sorvido e, até injetado por via venosa.

Passos (1996) relata que há cerca de 2000 anos a medicina chinesa a utilizou como anestésico em cirurgias e a medicina indiana como hipnótico, analgésico e espasmolítico.

Segundo Toscano Jr. (2001), na China foram encontrados os primeiros registros do cânhamo aproximadamente 4000 anos a.C.. Na Europa foi introduzido no século XIX por médicos ingleses que passaram pela Índia. Já no Brasil, fortes evidências indicam que a maconha tenha sido trazida pelos escravos africanos e se expandido por quase todo território e seu uso passado dos negros para índios e brancos.

Os Estados Unidos a adotam como medicamento também no século XIX, mas ao final deste e no início do século XX houve um declínio de seu uso médico, possivelmente por razões técnico-farmacêuticas – o não isolamento de seu princípio ativo – e por problemas no campo legal e policial. O avanço científico nas áreas da química, botânica e farmacologia possibilitou identificar na planta,

em 1964, o tetrahydrocannabinol como princípio ativo alucinógeno, como também identificou a existência de dezenas de outras substâncias canabinóides, isentas desses efeitos alucinógenos. Com isso os prováveis efeitos terapêuticos da maconha voltaram a ser pesquisados na década de 70, e tem influenciado o debate sobre sua discriminação. (CARLINI apud PASSOS, 1996)

Os conquistadores da América ficaram maravilhados com sua riqueza botânica. O Novo Mundo era fonte inesgotável com relação às drogas. Nele revelou-se por exemplo à coca e o tabaco.

A cocaína é um estimulante natural extraído das folhas da *Erythroxylon coca*, planta que cresce nos Andes, principalmente na Bolívia e no Peru, como também no Equador e Chile. Os nativos da América do Sul tinham por hábito mascar suas folhas para suportar o trabalho em altitudes e a dieta inadequada. Alguns autores como Siegel (SIEGEL apud SAAD, 998) colocam que é difícil saber ao certo quando o hábito de mascar as folhas da coca iniciou. Supõe-se que desde o século VI a. C. isto já ocorria por terem surgido evidências de que múmias tenham sido enterradas com componentes da folha. (SAAD, 1998)

No século XIX foi isolada a cocaína, alcalóide obtido da folha da coca. Considerada euforizante, a cocaína foi utilizada como antídoto dos depressores do sistema nervoso e no tratamento do alcoolismo e da morfomania. Nessa mesma época foi utilizada como anestésico local em cirurgia oftalmológica. A cocaína pode ser usada de várias maneiras: mascada (forma comum na cultura dos povos andinos), aspiração nasal (sendo absorvida diretamente na mucosa nasal) em injeções endovenosas e na forma cristalizada, fumada como cigarros, o chamado “crack”. (COSTA, 1999)

Em 1863, na Europa, o médico Ângelo Mariani lançou o vinho Mariani, feito das folhas da coca, que conseguiu grande prestígio tendo sido apreciado por pessoas de destaque como o Papa Leão XIII, Júlio Verne, Victor Hugo e o czar da Rússia. E nos EUA, em 1910 já haviam cerca de 69 tipos de vinho contendo cocaína. A própria coca-cola, refrigerante consumido mundialmente até hoje, tinha esta como ingrediente ativo até 1903, quando foi substituída pela cafeína. (TOSCANO Jr., 2001)

No caso do Brasil, Carlini et al (1995) apontam que a cocaína esteve presente também em medicamentos para alívio de problemas respiratórios e que até o início do século XX não havia relatos de abuso ou grandes problemas com

esta. A partir de 1910-1920 é que se inicia uma forte preocupação com o uso não-médico da cocaína, principalmente em cidades como São Paulo e Rio de Janeiro.

Costa (1999) coloca que, ao longo da história da humanidade, diversas substâncias foram usadas como estimulantes. Café, cafeína, estriquinina, arsênico, tabaco e nicotina são exemplos.

### **3.2. A História Recente das Drogas**

Em sua retrospectiva da história do uso de drogas, Toscano Jr. (2001) situa o sucesso dos barbitúricos, derivados a partir da uréia e do ácido malônico, sintetizados desde 1903, amplamente consumidos para induzir o sono, até a década de 60, quando o clordiazepóxido e em seguida os benzodiazepínicos, foram introduzidos. Estes pertencem ao grupo dos hipnosedativos e são depressores do sistema nervoso central. Na década de 50 os barbitúricos tiveram relação direta com muitas tentativas de suicídio e com casos onde estes foram consumados.

Sua grande oferta somada a falta de controle sobre a venda sem receituário médico e sobre a propaganda na mídia, tem levado muitos usuários a ficarem dependentes.

Outra droga que destaca são as anfetaminas, utilizadas num primeiro momento para substituir a cocaína. As anfetaminas são drogas sintéticas estimulantes do sistema nervoso central que inibem a sensação de fome, sono e cansaço.

Ao falar sobre o uso de anfetaminas Toscano Jr. (2001) situa que este se tornou comum pelos efeitos estimulantes entre estudantes, esportistas, militares e homens de negócios, e pelos efeitos antidepressivos e em regimes de emagrecimento e que na Segunda Guerra Mundial foram consumidas pelas forças armadas de vários países. E ainda que o Japão experimentou uma verdadeira epidemia onde em 1950 já havia cerca de 500 mil dependentes dessa droga, apesar das campanhas contra seu uso que eram feitas pelo governo japonês.

Atualmente as anfetaminas ainda são muito usadas, nem sempre de forma responsável, como moderador de apetite.

O fenômeno do uso de drogas na sociedade ocidental está extremamente vinculado ao movimento da Contracultura iniciado ao final da II Grande Guerra.

O movimento “beat”, com impacto especial no campo das artes foi o precursor de uma transformação que de início mobilizou jovens americanos, concomitantemente a guerra do Vietnã, e repercutiu no mundo, principalmente entre os jovens da Europa e da América Latina. Propunham uma crítica radical a sociedade de então. Enfatizavam a liberdade individual associada a causas sociais de diversos tipos. Autoridades como a família e o Estado foram contestados. Valorizava-se o erotismo assumido e exaltava-se a liberdade sexual. E o consumismo vulgar da sociedade de massas foi duramente criticado.(VELHO,1997)

Velho (1997) enfatiza que o movimento hippie se colocou como a expressão mais conhecida desses valores, divididos em vários grupos e linhas e que o pacifismo era uma de suas bandeiras, reagindo contra a guerra do Vietnã. E o uso de drogas como a marijuana, haxixe, maconha e derivados constituiu-se como marca da relação deles com o mundo. O LSD, cogumelos e outros tipos de alucinógenos também eram usados mas não de forma tão generalizada. Têm a capacidade de interferir na percepção da realidade alterando a consciência, trazendo perturbações intelectuais e psicossensoriais.

De maneira geral estimulava-se o uso comunitário das drogas e no Brasil destacaram-se a maconha e o LSD. Aqui, grande parte dos jovens engajados politicamente, usaram, com frequência diversificada, certos tipos de drogas, principalmente a maconha.

*“Entre meados dos anos 60 e dos anos 80, poucos jovens das camadas médias não tiveram algum tipo de experiência com maconha”* (VELHO, 1997:12)

Nas últimas décadas do século XX a cocaína reaparece de modo epidêmico. No Brasil, em finais dos anos 80, pela via de administração intranasal e endovenosa. E o final do século foi marcado pela associação entre consumo de drogas e infecção do HIV. A partir de 1990 o consumo do crack (uma mistura de cocaína e bicarbonato de sódio, aquecida e fumada na forma de pedra) teve grande expansão, principalmente entre jovens com menos de 20 anos de todas as classes sociais mas sobretudo das classes mais baixas. (Toscano Jr., 2001)

O potencial de dependência do crack e o baixo custo favoreceram muito o aumento de seu consumo. Em São Paulo existe até um local denominado de cracolândia, tamanha foi a sua disseminação. No Rio de Janeiro o crack não teve mercado e acredita-se que isso se deu em razão dos traficantes dos diversos

morros terem proibido sua entrada aqui por não interessar comercialmente. Ao contrário, prejudicaria o “movimento”\* por causar dependência muito rápida interferindo assim na permanência do “cliente”\*, pois pelas sérias conseqüências que é capaz de causar reduziria significativamente o potencial de consumo destes, gerando impacto nas vendas. Sabe-se que a cocaína é a droga por excelência nas “bocas”\* do Rio de Janeiro. Apesar disso, um número cada vez maior de pacientes atendidos em instituições de tratamento do Rio de Janeiro relatam uso do crack aqui, o que na maioria se deve a fabricação ser “caseira”\*.

Os agentes inalantes foram usados em todas as épocas por seus efeitos euforizantes. Cada época teve preferência por determinado produto. Atualmente são utilizados principalmente as colas (que contêm acetona, hexano e benzeno), os solventes, removedores e diluentes de tinta (contendo acetona), os anestésicos voláteis (o éter, protóxico de nitrogênio) e os gases (a gasolina e os gases do escapamento de automóveis).

Segundo Jr.(2001) o abuso de inalantes se deu a partir da década de 60 nos EUA. Já no Brasil estes têm sido usados desde cedo, principalmente a cola, fora das situações ocupacionais, por crianças e adolescentes de rua e por estudantes.

Como droga mais recente aponta o êxtase ou ecstasy, derivado sintético da anfetamina, conhecido como “droga do amor”- idéia difundida por autores que pregavam seu uso terapêutico – demarcando seu surgimento na Europa em finais da década de 80. Desde então seu consumo tem aumentado entre jovens de vários países, inclusive no Brasil. Sendo utilizada prioritariamente em locais de dança pois seu uso faz com que seus usuários ponham-se a dançar freneticamente. Como também destaca que na virada do século constatou-se o uso de drogas associadas ao culto do corpo, como os anabolizantes procurados basicamente por esportistas e “body builders”.

Gilberto Velho (1997) ao tecer análise sobre a história das drogas dentro do movimento hippie em relação ao quadro atual de consumo, coloca que é preciso diferenciar o contexto do uso de drogas dentro da proposta da contracultura, seja no mundo ou no Brasil, que associava-se a um ethos pacifista com flores e música, do contexto mais recente do consumo destas substâncias. Para ele, as

\* Movimento neste contexto refere-se ao comércio ilegal de drogas realizado por traficantes e auxiliar, geralmente nas favelas e /ou comunidades mais pobres. Cliente é o nome designado para aquele que se dirige ao local de venda dessas substâncias, as chamadas bocas de fumo e caseira refere-se a forma artesanal de preparo de algumas dessas substâncias.

drogas passam a ser motivação para o desenvolvimento de um tráfico criminoso com redes de banditismo caracterizadas pelo uso indiscriminado da violência, que influenciou a vida das grandes cidades, inclusive, nas próprias relações sociais.

### **3.3. O Tratamento numa Perspectiva Histórica**

O uso das drogas passa a ser encarado como um problema por certas sociedades num determinado momento histórico. Para Saad (2001) nesse contexto aparecem as noções de dependência de drogas ou de perda de controle da substância, vista como causadora de prejuízos de várias áreas da vida do indivíduo e, para lidar com isso, surgem vários tipos de tratamentos para controlar este “mal”, de diferentes filosofias e com explicações causais também particulares. Os estudos sobre tais tratamentos em sua maioria foram desenvolvidos pela sociedade americana e o álcool se constitui como substância principal de investigação num primeiro momento, se estendendo as outras substâncias posteriormente. Atualmente ao se falar de drogas, inclui-se tanto aquelas descritas como lícitas, quanto as ilícitas.

Historicamente as duas áreas que disputam a hegemonia no campo da dependência de drogas são a medicina e a justiça. O que veremos a seguir com base principalmente nas análises de Saad (2001) e Toscano Jr. (2001).

O Movimento de Temperança ocorreu nos EUA e em alguns países europeus ao longo do século XVII e principalmente do XVIII e configurou-se como um marco de uma posição mais liberal com respeito ao uso do álcool para outra mais moralista, ligada a Igreja Protestante. Os freqüentes bêbados eram questionados se não estavam desperdiçando a “boa criatura dos deuses”, contudo ainda assim eram tolerados na sociedade. Somente no final do século XVIII é que a literatura específica começa a relatar sobre os homens “degenerados”, e “subjugados a bebida”. E em 1810 o álcool passa a ser tratado como doença pelo médico Benjamim Rush, que antes disso não o considerava um problema. Para Rush, os bêbados eram adictos a bebida e a dependência se dava de maneira progressiva e gradual. Assim os adictos deveriam abster-se dela de modo repentino e abrupto. Pensamento este presente na maioria das propostas de tratamento da atualidade, ainda predominante nos EUA e que muito influenciou a

filosofia dos grupos de mútua-ajuda, como Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos. É uma das formas de tratamento mais difundidas no mundo e até hoje está presente na maioria das instituições de assistência.

Os Alcoólicos Anônimos (AA) surgiu nos EUA na década de 30 e se espalhou por todo mundo. Foi criado por dois indivíduos dependentes do álcool que descobriram na conversa entre “iguais” uma forma de ajuda para seu sofrimento e assim criaram uma filosofia de recuperação baseada nos 12 Passos para conseguir a abstinência. Como características principais estão a não participação de profissionais no programa e a utilização da concepção de doença, desenvolvida pela medicina. Narcóticos Anônimos (N.A) surgiu mais tarde, destinado aos dependentes de outras drogas mas com a mesma filosofia de recuperação do A.A.

Segundo Saad (2001), o Movimento de Temperança perdeu força no final do século XIX, sendo substituído por uma geração que mudou a filosofia anterior. Este ficou conhecido como movimento Proibicionista. Aqui a visão se amplia da substância para o sujeito e o problema passa a ser atribuído não ao álcool propriamente dito, mas ao indivíduo que não sabe se controlar e que não é considerado vítima, mas “uma peste e ameaça” a sociedade.

Nesse período o foco dos estudos migrou dos conceitos da adição estudados por diversos médicos para a relação do álcool com os acidentes e crimes. Essas questões induzem o problema a ser alvo de interferência do campo jurídico e esvaziam o interesse dos especialistas da medicina em pesquisarem o tema. Mas no século XX, entre a primeira e a segunda Guerra Mundial, ocorreu a associação entre o conceito de alcoolismo e adição e a introdução da psicologia neste campo temático, contribuindo para a expansão da psiquiatria e para a construção de um discurso novo especializado que veio a influenciar o surgimento de clínicas ambulatoriais e a aplicação de técnicas psicoterápicas como alternativa ao tratamento custodial. ( TOSCANO JR., 2001)

A visão criminal dura até 1948, quando outras idéias sobre “reabilitação” apareceram, e hospitais penais com a oferta de tratamento específico para a dependência de drogas são criados. Surgindo em 1953, na Califórnia, a modalidade de tratamento denominada Comunidade Terapêutica que associava conceitos de comunidades terapêuticas psiquiátricas com os conceitos desenvolvidos pelo A.A.

O Daytop Village vinculado ao Departamento Jurídico do Brooklin colocase como uma “nova geração” de comunidade terapêutica trabalhando numa perspectiva que reunia conceitos jurídicos e criminais. E foram implementadas em várias prisões.\*

Com a aplicação da visão médica no tratamento dos dependentes de drogas, surgiu no sistema privado um modelo inédito que consistia em aplicar os conceitos do A.A com a assistência dos profissionais de saúde. A proposta foi desenvolvida num hospital em Minnesota, hoje conhecida como “modelo Minnesota”, e introduziu a participação de adictos em recuperação como terapeutas leigos no tratamento dos dependentes de drogas, os chamados conselheiros em dependência química. A profissão já foi regulamentada nos EUA, mas no Brasil ainda em vias de se legitimar oficialmente. O tratamento era desenvolvido num processo de 28 dias de internação, tempo máximo que o seguro de saúde americano cobria, e de 02 anos em acompanhamento ambulatorial.

Grande parte dos tratamentos no Brasil se originou ou ainda segue princípios do modelo Minnesota.

Nos anos 50 e 60 Jellinek definiu o alcoolismo como doença para casos onde estivessem presentes a tolerância, a síndrome de abstinência e a perda de controle e admitiu que a doença poderia receber influências de aspectos culturais, demográficos, políticos e econômicos. Como também desenvolveu uma classificação do alcoolismo bastante difundida na época, principalmente por países anglo-saxônicos. Ele acreditava que o conceito de doença ampliaria o acesso aos serviços médicos. (TOSCANO JR., 2001)

Toscano Jr. (2001) afirma que a década de 60 caracterizou-se pelo aparecimento de modelos comportamentais para o tratamento dos transtornos aditivos e pelas críticas de diversos pesquisadores comportamentais e sociais ao conceito de doença, acirrando os debates acerca da validade dos conceitos desenvolvidos até então.

\*Em meados dos anos 90, profissionais do programa Daytop Village estiveram no Brasil promovendo treinamentos para profissionais da área, principalmente aqueles vinculados as comunidades terapêuticas. Um conselheiro de nosso contato informou ter participado de um desses treinamentos, tendo ficado “internado” por uma semana com outros profissionais, com regras rígidas, similares aquelas que os pacientes devem seguir nas comunidades de tratamento, pois na medida em que viveram as dificuldades do processo, estariam mais capacitados a compreenderem as atitudes dos pacientes.

Na década de 70, o conceito de doença encontrou maiores questionamentos. Alguns autores questionaram se a concepção realmente não surgiu em razão de se querer circunscrevê-la ao saber médico-psiquiátrico e como hipótese afirmavam ser a dependência uma invenção de certos teóricos e não uma idéia de progresso. A análise desenvolvida por Thomas Szasz em 1974 é apontada por Saad (2001) como um marco social e histórico na crítica referente ao conceito de dependência como doença por colocar que esta idéia se referia a uma noção não de doença, mas a uma forma deplorável de desvio estigmatizadora dos indivíduos. Negou a base farmacológica da adição alegando que os problemas sociais estariam sendo “medicalizados”. Mas sofreu críticas de autores como Parnissen e Kerner (1980) pelo fato de ter negado a existência dessa base farmacológica para a dependência.

A proposta analítica de base social crítica da aborgadem médica é, portanto criticada em razão de não considerar os aspectos clínicos e por não acompanhar a evolução dos conceitos.

A Organização Mundial de Saúde, depois da Segunda Guerra, assume a responsabilidade dos conceitos referentes ao álcool e demais drogas, e busca trazer a discussão da esfera do controle para a dos conceitos e definições.

Cabe aqui retomar a evolução desses conceitos feita por Berridge (1994).

Na década de 50: as definições de adição adotadas pela OMS enfatizando o fator bioquímico são redefinidas em 1957 quando se inclui o item “desejo físico irresistível acompanhado de fatores psicológicos”

Em 1964: adição e hábito são incorporados no conceito único “dependência de drogas”

Final dos anos 70: descobertas de outros pesquisadores, dentre eles Edwards conduzem ao surgimento dos critérios para síndrome de dependência de álcool, depois estendido as outras drogas no DSM-III-R, DSM-IV (Classificação da Psiquiatria) e na CID-10 (Classificação Internacional de Doenças)

Década de 70 e 80: a perspectiva behaviorista (comportamental) retoma seu posicionamento de oposição a concepção de doença, trazendo influência para os conceitos

1977: a OMS associa “síndrome de dependência de álcool” á idéia de “deficiências relacionadas ao álcool”, reunindo dependência física e psicológica, o que suscitou controvérsias

Década de 80: a definição de uso problema proposta por sanitaristas, epidemiologistas e economistas é a tônica dos discursos a respeito de uma nova saúde pública, com ênfase nos cuidados primários, planejamento de saúde e nos indicadores de saúde. Porém, o eixo base da dependência continua na prática clínica.

A discussão acerca do transtorno decorrente do uso de drogas tem buscado incluir outros riscos associados como a história familiar, idade, estilo de vida e fatores do meio ambiente.

Jr (2001) situa que apesar dos pontos de vista terem se ampliado, a utilização dos diagnósticos e conceitos médicos continuam sendo adotados em razão de serem construtos que norteiam as indicações terapêuticas e/ou outras ações em saúde como epidemiologia e pesquisa, e também pela prática médica no tratamento dos dependentes de drogas, incluídos na Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, ainda estar presente, mantendo sua legitimidade.

Nesse contexto cabe trazer de Toscano Jr. (2001), o pertinente comentário feito por Berridge (BERRIDGE apud JR, 2001) acerca das influências médicas na evolução dos conceitos:

“Os conceitos de dependência não fazem parte da marcha para o progresso médico nem de uma conspiração profissional. Embora a divisão tradicional entre as abordagens penal e médica do uso do álcool e de drogas, estando a teoria de doença na essência desta última abordagem, seja uma excessiva simplificação, a abordagem médica da doença e da dependência teve os seus aspectos positivos” (BERRIDGE apud JR...,2001:22)

Para Saad (2001), o Brasil se coloca como país que não passou pelo “movimento de Temperança” propriamente dito. Contudo, pode-se dizer que apresentou algum movimento de repressão com relação ao álcool. A associação deste com a psiquiatria e com a justiça também é antiga.

No decorrer da história da própria psiquiatria no Brasil foram incorporadas diversas idéias européias grande parte eugênicas, no tratamento do doente e da doença mental. Processo similar ocorreu no que tange ao tratamento do alcoolismo. Em 1923, no Rio de Janeiro fundou-se a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM). Sua formação teórica era francesa e sua prática era norteadas pela psiquiatria alemã. Seu pensamento sobre o alcoolismo era de que era uma doença hereditária que carecia de tratamento e prevenção a partir de medidas eugênicas.

Até os anos 20 e 30 o consumo do álcool não era encarado como problema no Brasil, mas em 1931 a LBHM passa a focar suas atenções novamente no alcoolismo, apesar dos dados demonstrarem que nesse período, o número de internações por alcoolismo estava diminuindo. Assim a psiquiatria no início do século, saber dominante na temática do alcoolismo foi responsável, de certo modo, pela chegada de um saber jurídico no âmbito da repressão ao consumo do álcool. (SAAD,2001)

O código penal de 1940 expressa a visão brasileira acerca dessa problemática. Seu conteúdo é claramente repressivo, propondo a punição como forma de recuperação para o transgressor da lei. Na década de 50 a preocupação com o uso do álcool passa a dar lugar às drogas arroladas como ilegais.

Apesar do álcool nunca ter sido considerado droga ilícita, já que aqui não houve o “movimento proibicionista” da “lei seca”, o consumidor começa a sofrer sanções legais. Um exemplo disso é da lei que restringe a compra de bebidas por menores de 18 anos, que na prática não se cumpre.

A questão da dependência de drogas é ainda hoje, avaliada pela perspectiva psiquiátrica ou jurídica. O que se expressa nas representações da sociedade de modo geral e dos próprios dependentes de drogas.

“Noções do dependente como “fraco de caráter”, “psicopata” ou “doente” acompanham o imaginário social até hoje e são fundamentados nos períodos históricos.” (CAETANO apud SAAD,2001)

Diferentemente dos EUA que integra a visão médica (de doença) e jurídica no tratamento, o Brasil mantém-se numa perspectiva mais moralista, onde a dependência é vista como defeito da pessoa, simbolizada nos termos “viciado e infrator”. A repressão é centrada no sujeito. “*O viciado é doente e criminoso ao mesmo tempo*” (BITTENCOURT apud SAAD, 2001)

A concepção de que a dependência de drogas é resultante de três fatores: a droga, a pessoa que a utiliza e sua personalidade construída através da sua história e o contexto sócio-cultural onde a droga está inserida, com seus valores, padrões e influências, atualmente é amplamente aceita. (BUCHER,1992)

A perspectiva adotada pela maioria dos especialistas considera o fenômeno da dependência de drogas nessa direção, como algo constituído por múltiplos aspectos- físicos, psíquicos e sociais – compreensão biopsicossocial. Por isso a

oferta de tratamento nessa área, com a participação de várias especialidades da chamada equipe multidisciplinar, é tão recomendada.

Em seu comentário sobre as múltiplas especialidades no atendimento ao usuário de drogas, Bucher (1992) ressalta ser impossível conjugá-las numa abordagem única e a tendência é focalizar-se mais numa desleixando-se das outras, o que torna o trato da questão freqüentemente unilateral.

Nossa prática na assistência a esse público confirma a existência de um ou outro saber hegemônico de acordo com o contexto institucional. Geralmente predomina o discurso médico- o que faz sentido quando retomamos a história da evolução dos conceitos e do tratamento das adições no mundo e no Brasil - e em seguida a visão psicológica, ou ambas disputam a hegemonia dentro da correlação de forças institucionais. O que é comum mesmo é praticamente a inexistência de uma ênfase mais sociológica. Ainda que no discurso se contemple o social a experiência cotidiana demonstra que o biológico e o psicológico prevalecem como formas de compreensão e abordagem do fenômeno da dependência de drogas.

### **3.4. Principais Modelos e Abordagens de Tratamento**

Como já dito na introdução, os principais modelos utilizados para lidar com a questão da droga são o modelo jurídico-moral, o médico, o psicossocial e o sócio-cultural. E expressam a maneira como as diferentes sociedades compreendem o uso de tais substâncias bem como os fenômenos dele decorrentes. As formas de tratamento baseiam-se em três modelos clássicos: o psiquiátrico, o comportamental e o psicodinâmico ou relacional. Contudo observamos um crescimento significativo do chamado modelo eclético ou alternativo com formas novas ou experimentais.

Os modelos psiquiátrico e comportamental estão ligados a procedimentos mais tradicionais, com tratamentos na modalidade de internação em hospitais psiquiátricos ou de longo prazo em centros agrícolas, que adotam a cura pelo trabalho, relaxamento e incorporação de elementos da filosofia dos grupos de mútua-ajuda. (PASSOS, 1996)

A forma mais clássica da sociedade lidar com o fenômeno das drogas têm sido via atendimento psiquiátrico (BUCHER, 1992). O recurso por excelência é a desintoxicação para superar a síndrome de abstinência, através de internações que

raramente são baseadas no desejo do paciente, mas ao contrário, representam uma imposição. Geralmente são encaminhados ao atendimento psiquiátrico pela família ou justiça. A internação varia em média de 28 a 30 dias e a alta se dá quando ocorre a superação das mazelas provocadas pela síndrome de abstinência e das eventuais debilidades físicas. O paciente então é indicado a participar de um tratamento ambulatorial e sua continuidade dependerá diretamente dele e da habilidade do terapeuta em motivá-lo a permanecer em tratamento, contudo as chances de recaída são grandes uma vez que o contexto da vida da pessoa, suas relações familiares, profissionais e sociais, não foi trabalhado.

Esse modelo é comum de clínicas particulares, mas para a maioria dos dependentes restam os serviços dos hospitais comuns e dos hospitais gerais que, no caso do Brasil, dificilmente aceitam internar pacientes por consumo de álcool e outras drogas e acabam por encaminhá-los para hospitais psiquiátricos, onde recebem tratamento similar ao dos pacientes com transtornos mentais.\*

Sobre as técnicas de modificação do comportamento, Bucher (1992) ressalta que seu nascimento ocorreu nos Estados Unidos com ampla difusão delas no tratamento dos dependentes de drogas pelo país de origem, em países da Europa e no Japão. A ênfase é na capacidade do indivíduo desenvolver autocontrole sobre seu comportamento. As técnicas são oriundas de diversas disciplinas de observação do comportamento e da psicologia experimental. Assim, a abordagem comportamental foi alvo de atenção de amplos setores dos poderes públicos por apresentar-se como mecanismo eficaz de repressão e controle do uso de drogas, sendo consideradas capazes de substituir os tratamentos tradicionais da psiquiatria ou da desintoxicação, descritos anteriormente.

Os grupos de mútua-ajuda utilizam diversas estratégias comportamentais. Sugerem que os pacientes evitem hábitos, pessoas e lugares de ativa (risco para o uso da droga) e também que evitem o primeiro “gole”, para assim evitar os outros. E ainda ressaltam a necessidade de tentar não beber por 24 horas. Entendem que uma vez dependente sempre dependente, estando uns em recuperação e outros na

\*O filme “Bicho de sete-cabeças” abordou brilhantemente essa realidade. Nele um jovem é internado num hospital psiquiátrico após ter seu uso de maconha descoberto pelo pai. A história retrata os momentos de angústia vividos pelo jovem, desde a aplicação de medicações para “acalmá-lo” até as sessões de eletrochoque. Este processo de violência acarreta o adoecimento real do personagem, que ao final do filme se mostra “robotizado”, institucionalizado, com trejeitos característicos dos pacientes com transtorno mental com quem conviveu no hospital. O espaço destinado a curá-lo, o adoce mais ainda. O calmante que lhe aplicaram ao invés de auxiliar sua saúde, aproximou-o de sua morte enquanto ser social, e isso ainda muito jovem.

“ativa”, no uso. Para eles quem se tornou adicto não poderá consumir a substância, mesmo que em pequenas quantidades e com menor frequência. Não é possível ser novamente um usuário social. Rigidez criticada por outras correntes como a psicanálise que encaram o uso de drogas como sintoma e compulsão que sendo tratada viabiliza ao sujeito estabelecer nova relação com estas. Postura adotada pelo Núcleo de Estudos e Pesquisas em Atenção ao Uso de Drogas (NEPAD) da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), órgão de extrema respeitabilidade que assiste a pacientes que não sejam usuários exclusivamente do álcool, e de tradição na produção de pesquisas na área.

No Brasil, a abordagem comportamental é utilizada por diversas instituições religiosas que oferecem tratamento aos adictos na modalidade de internação de longo prazo, em média de dois a nove meses, aliado de princípios religiosos.

Em tratamento ambulatorial com o objetivo de abstinência, a abordagem comportamental, inclui consultas individuais e de grupo, terapia de família e contratos terapêuticos baseados em regras (PASSOS, 1996)

Sobre os resultados desse tipo de tratamento Bucher (1992) afirma que muitos pacientes não suportam a rigidez das instituições que trabalham nessa direção e acabam abandonando o tratamento, embora passem inicialmente por seleção criteriosa, em sua grande maioria.

O modelo psicodinâmico ou relacional concentra-se na aplicação de conceitos da teoria psicanalítica em atendimento individual. Em grupo baseia-se na psicoterapia. Aborda a importância da relação intersubjetiva como fundamentais no trabalho terapêutico. A abordagem é psicodinâmica, não psicanalítica propriamente dita, por não se referir a técnica, mas á teoria psicanalítica e a sua visão do homem influenciado por seu inconsciente, dividido e angustiado com seus conflitos. A história do indivíduo é peça fundamental no processo de recuperação, por estarem ali presentes, elementos que certamente, tiveram associação direta com a busca pelas drogas.

Seus objetivos são a melhoria da qualidade de vida, a readaptação a uma vida sem drogas, a re-socialização e a re-elaboração dos papéis com vistas a experimentar mudanças nos relacionamentos em família, trabalho, estudo e lazeres. (BUCHER, 1992)

Para o referido autor, o modelo relacional se coloca como a abordagem que mais se aproxima de um ideal humanista de atendimento aos usuários de drogas. Considera sua susceptibilidade e a formulação oscilante de sua demanda. Para que sua demanda seja credibilizada por ele, precisa partir dele mesmo, e não de uma autoridade qualquer, por mais justificada que esteja.

Outras abordagens bastante utilizadas pelas instituições de tratamento e profissionais da área são a prevenção à recaída e a entrevista motivacional.

A Prevenção à recaída está associada a uma ampla gama de técnicas prioritariamente cognitivas ou comportamentais, mas aqui especificamente, estamos falando do modelo teórico de recaída elaborado por Marlatt e Gordon em 1985.

Nesta abordagem a recaída não é vista como fatalidade sem explicação, antes como um evento que acontece através de uma série de processos da cognição, comportamento e afeto. Como objetivo propõe que os pacientes identifiquem possíveis situações de risco e assim evitem a recaída. Caso escorreguem, pode auxiliar a evitar que este “lapso” ou desvio de percurso desencadeie uma recaída (EDWARDS, 1997)

A Entrevista Motivacional foi desenvolvida pelos psicólogos William R. Miller e Stephen Rollnick nos EUA desde o início da década de 80. Seu conceito surgiu das questões práticas desses e outros clínicos, tendo assim um foco bem prático desde sua origem. No Brasil é mais recente, tendo sido adotada por alguns profissionais no final da década de 90.

É uma abordagem que tem demonstrado grande eficácia na assistência aos usuários de álcool e drogas. Concentra-se em ajudar as pessoas a realizarem mudanças em suas vidas, considerando que a motivação para isso passa por certos estágios num determinado processo.

Levando em conta que a ambivalência do paciente é um dos principais obstáculos do processo terapêutico que visa a mudança construtiva, a abordagem situa-se na direção de uma postura não autoritária e confrontativa, objetivando com isso ajudar na liberação das próprias motivações e recursos deste para ultrapassar suas dificuldades contribuindo assim para “desemperrá-lo”. Há aqui o entendimento de que a abordagem confrontacional produz resistência. Algo que têm sido a tônica de muitos profissionais e instituições que historicamente atuam na assistência dos usuários de álcool e outras drogas.

Pode ser definida como um meio particular de ajudar o indivíduo a reconhecer e fazer algo acerca de seus problemas. Sua principal utilidade é para pessoas que relutam em mudar ou que estejam ambivalentes quanto a isso. A perspectiva é a de que o paciente não busca atendimento completamente motivado para a mudança e de que a ambivalência é natural nesse contexto de mudança.

O terapeuta não assume papel autoritário e diretivo, antes compreende a responsabilidade pela mudança como algo a ser feito pela própria pessoa. Esta é respeitada em suas escolhas e livre para aceitar ou não as orientações daquele. As estratégias são mais persuasivas que coercitivas e mais encorajadoras que argumentativas. Busca-se assim criar uma atmosfera positiva que conduza à mudança.