

A dependência grave do álcool e do *crack* e o atendimento na rede pública de saúde mental

Renata Iara Santiago Ribeiro

Aluna do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais,

RESUMO: O presente artigo aborda o ponto de vista das políticas públicas em saúde mental para usuários de drogas, mais especificamente, do crack. A partir da experiência no “Estágio X” do curso de Psicologia da PUC Minas, diante das entrevistas com os internos no Hospital Raul Soares, bem como das discussões em supervisão, surgiu a ideia de entender o panorama da rede de atendimento voltada para o usuário de drogas. O que fazer para diminuir o uso do crack e outras drogas mais graves? É possível realizar um trabalho preventivo? A partir da transferência, pautada no reconhecimento do outro enquanto sujeito, consegue-se potencializar a demanda de tratamento? Quais mecanismos da rede de saúde mental estão envolvidos nesse processo? As colocações expostas no texto objetivam suscitar reflexões e críticas, além de compartilhar com os leitores os entraves e possibilidades de caminhos para intervenções que foquem a realidade psíquica e a realidade do contexto social.

Introdução

Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde (2009, p. 1), no Brasil, o crack surgiu em 1980, atingindo a população de forma significativa em 1990. Coincidência ou não, esse também foi o momento em que aconteceu a Reforma Psiquiátrica que, posteriormente, resultou em diversos recursos destinados aos usuários de álcool e drogas:

A Reforma Psiquiátrica mineira vem se consolidando desde o final dos anos 70, quando trabalhadores do setor, num ato de coragem e responsabilidade profissional, denunciaram à sociedade as condições sub-humanas em que se encontravam milhares de pessoas internadas em nossos hospitais psiquiátricos [...]. Um marco dos avanços, assim obtidos em Minas, consiste na aprovação das Leis Estaduais nº 11.802, de 1995 e nº 12.684, de 1997, que preconizam a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos e sua substituição por uma rede de serviços e de cuidados pautados pelo respeito à dignidade e à liberdade dos portadores de sofrimento mental. (MINAS GERAIS, 2006, p. 4).

No decorrer do texto, discutiremos como essa rede de serviços atualmente se articula para atender os usuários de drogas mais graves. Nas décadas de 80 e 90, o crack alcançou sucesso entre os jovens, principalmente os de camadas menos favorecidas, devido ao baixo custo e efeitos intensos. A droga é composta pelo cloridato da cocaína dissolvido em água, misturado com bicarbonato de sódio e todos os restos da produção da cocaína (gasolina, querosene, água de bateria etc.). Apesar de intensos, os efeitos são passageiros, o que leva o usuário a consumi-la compulsivamente. Após fumar a primeira pedra, a fissura domina o sujeito que, a fim de obter mais pedra, comete atrocidades. Muitos roubam nas ruas, em casa; outros se prostituem e vendem os bens materiais com o objetivo de terem em mãos a “droga assassina”.

Segundo Caldas (2009), o crack atinge o sistema nervoso central, estimulando a produção de dopamina, um neurotransmissor que provoca sensações de euforia, poder, irritabilidade e paranoia. A falta da droga, ou seja, o período de abstinência, acontece quando os níveis de dopamina caem. Assim, as reações podem ser: depressão, agitação, dor muscular e vômito. Diante desses sintomas, o dependente é capaz de tudo para conseguir a droga e atingir novamente o estado de euforia. Enfim, trata-se de um complexo e desafiador problema social. É importante compreender quais são os recursos que a rede de atendimento em saúde mental disponibiliza e qual a eficácia dos serviços.

Percurso do usuário de drogas mais graves, como o crack, na assistência à saúde

Nos casos mais graves, a equipe de saúde mental construirá uma demanda de redução de danos e, se necessário, nos casos que exijam atendimento de maior complexidade, irá encaminhá-los para os serviços adequados, tais como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS-AD):

Os CAPS-AD, unidades de saúde que prestam atendimento a usuários de substâncias psicoativas e a seus familiares, foram instituídos pela portaria ministerial nº 336 de 10 de fevereiro de 2002. Seguem-se algumas de suas funções:

- a) acolher, em regime intensivo (permanência: todos os dias da semana), semi-intensivo (permanência por alguns dias da semana) ou não intensivo (apenas um dia no mês), usuários que estão usando drogas e álcool de forma excessiva e perigosa;
- b) buscar o consentimento e a participação dos usuários em seus tratamentos;
- c) oferecer, como nos outros CAPS, vinculação e atendimento individual com técnico de referência, e acesso a outros recursos previstos no processo terapêutico;
- d) promover a inserção dos usuários em outros equipamentos e espaços sociais;
- e) estimular a organização destes usuários em associações de defesa de seus direitos e da cidadania;
- f) encaminhá-los à unidade básica, quando chegar o momento adequado, para a continuidade do tratamento;
- g) manter as portas abertas para os usuários, a cada vez que eles necessitem de um novo período de afastamento das drogas, compreendendo que as recaídas são frequentes e devem ser tratadas. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006, p. 197-198).

Na teoria, temos uma rede de atendimento totalmente disposta a receber o usuário de crack, mas até que ponto vai a utopia do que está escrito em oposição à realidade social? Qual a distância entre a rede e o dia a dia, por exemplo, de um usuário de crack que vive nas ruas? Os “nós” da rede acontecem a partir do momento em que o serviço não dá conta de chegar à população que “grita” por socorro. Hoje, o que se vê é uma rede despreparada para prevenir, acolher, tratar e criar vínculos para as pessoas que buscam algum tipo de ajuda. O usuário de crack, por exemplo, raramente vai à rede de saúde pública buscar o tratamento ou, quando comparece, logo pode mudar de ideia. Segundo Amaury, psicólogo da Secretaria de Estado de Esportes e da Juventude, em apresentação ao Centro de Referência Estadual em Álcool e Drogas (CREAD) na reunião mensal da Rede de Medidas Socioeducativas de 2010, a adesão à acolhida ao tratamento, no caso do usuário de crack, é uma das grandes dificuldades enfrentadas, pois, de manhã, a pessoa busca o tratamento, mas à tarde, já não o quer. No CREAD, a cada trinta que aceitaram se tratar, vinte e cinco ficaram mais de uma semana e apenas um concluiu o tratamento.

No que diz respeito à rede de atendimento ao usuário de crack, sabe-se que diversos são os entraves que influenciam na dinâmica de articular o tratamento de forma a conduzir o sujeito ao processo de reestruturação física, psíquica e social. Contamos com problemas de infraestrutura, falta de financiamento para a implantação de unidades que sejam adequadas para receber os dependentes químicos e articular as ações possíveis e não há investimento em capacitação dos profissionais que trabalham na rede de saúde. Em meio ao caos, quem perde é o usuário. Enquanto os “nós” não se desembolam, os usuários de crack e drogas mais graves ficam a ponto de perderem a vida por falta de movimentações do Poder Público.

É angustiante ingressar na rede e constatar a sua falência. O usuário de crack inicia o tratamento no CAPS-AD, mas a vinculação não acontece, porque o número de profissionais não atende a demanda. Até ocorre a tentativa de encaminhá-lo a algum outro serviço, mas o acompanhamento nem sempre acontece. Antes de o processo terminar, o usuário já desistiu e o sistema que o encaminhou, às vezes, descobre isso somente meses depois, quando já é tarde demais. Assim, as ruas continuam lotadas de pessoas que “gritam” por socorro.

Se o dependente químico não chega até a rede, é dever dela ir até ele e chamá-lo a ocupar um lugar de sujeito dentro da sociedade. Como fazer isso? Segundo a Coordenação Nacional de Saúde Mental, Álcool e outras drogas, do Ministério da Saúde (2009), tem-se por exemplo, como uma das estratégias de intervenção voltada ao reconhecimento da realidade do sujeito, o que se chama de “Consultórios de Rua”, trabalho realizado por uma equipe que chega a um determinado contexto, se dispõe a escutar os atores sociais do meio para, assim, poder ajudar.

Depois de estabelecido o vínculo e a transferência, o trabalho se inicia. Os usuários de crack que estão nas ruas são pessoas que, provavelmente, foram negligenciadas ora familiar, ora estatal, ora socialmente. Desta maneira, é fundamental estabelecer um trabalho pautado no olhar direcionado à subjetividade do outro. Vale ressaltar que o crack em si já exclui socialmente. Portanto, como fica a situação dos dependentes que carregam histórias de total marginalização desde a infância? A atividade da rede pública de saúde com equipes de consultório de rua deve realizar trabalhos de reinserção social, a partir do instante em que se retira o estigma “usuário de crack” para dar lugar ao sujeito cidadão, digno da possibilidade de se tratar e de construir um projeto de vida.

De acordo com o médico psicanalista Tarcísio Andrade (apud MACHADO, 2010), o tratamento da dependência, tanto do crack quanto de outras drogas, deve acontecer sob a ótica de redução de danos. Isso significa adequar o serviço à realidade da comunidade. É focar no sujeito e não na substância.

É importante marcar que, em determinados casos, a internação é necessária, porém o interessante seria que cada usuário tivesse um planejamento de atendimento acompanhado após sair do hospital, fato que, na prática, nem sempre acontece. Um dos entrevistados no Estágio do Hospital Raul Soares, que apresentava grave dependência ao álcool, disse: “Já me internei aqui algumas vezes. Quando saio, vou com a receita nas mãos para buscar os remédios. Busco o meu remédio no primeiro bar, uma dose de conhaque”. Será que há para este paciente um acompanhamento pós-período de internação? Caso tenha, é possível notar as falhas. A intersectorialidade entre o serviço de Saúde Mental e as outras áreas não funciona.

Devemos, pois, interrogar as razões que nos levam a falar tanto e a fazer tão pouco, no que diz respeito à intersectorialidade [...] quando se trata de intersectorialidade, as decisões relativas à economia permanecem sempre de alguma forma à parte. A área econômica não costuma surgir como parceira das ações intersectoriais, e sim como sua comandante, declarada ou oculta [...] ao tratarmos da atenção à Saúde Mental nas unidades básicas de saúde, tem-se a necessidade de ações intersectoriais para que os usuários crônicos encontrem saídas para além das unidades básicas de saúde. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, 2006, p. 83-84).

Ainda ao abordar o percurso do usuário de drogas mais graves, existem as Comunidades Terapêuticas, serviço de atenção a pessoas com problemas decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, em regime de residência ou outros vínculos de um ou dois turnos. Segundo modelo psicossocial citado na Resolução nº 101, são unidades que têm como função a oferta de um ambiente protegido, técni-

ca e eticamente orientados, que forneça suporte e tratamento aos usuários, durante o período estabelecido de acordo com programa terapêutico adaptado às necessidades de cada caso. É um lugar cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os pares. Oferece uma rede de ajuda no processo de recuperação das pessoas, resgatando a cidadania, buscando encontrar novas possibilidades de reabilitação física e psicológica e de reinserção social.

A Resolução nº 101 da Vigilância Sanitária (2001, p. 7-9) aponta que:

A equipe mínima para atendimento de 30 residentes deve ser composta por:

01 (um) Profissional da área de saúde ou serviço social, [...];

01 (um) Coordenador Administrativo;

03 (três) Agentes Comunitários [...].

O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno.

Recomenda-se a inclusão de Curso de Primeiros Socorros no curso de capacitação.

[...]

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, a serem implantados, devem ter capacidade máxima de alojamento para 60 residentes, alocados em, no máximo, 02 unidades de 30 residentes por cada unidade. Para os Serviços já existentes, será admitida a capacidade máxima de 90 residentes, alocados em no máximo 03 unidades de 30 residentes cada.

Os serviços de atenção a pessoas com transtorno decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência médica devem estar em conformidade com a Portaria nº 1.884/GM, de 11/11/1994 do Ministério da Saúde ou a que vier a substituí-la;

Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas que prestam assistência psicológica e social [...], devem manter uma relação direta entre as atividades a serem desenvolvidas [...] e os ambientes para a realização das mesmas.

Acerca do monitoramento, propõe ainda a Resolução nº 101/2001 que:

É competência dos COMEN's, CONEN's, Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal a fiscalização e avaliação periódicas, respeitando o âmbito de atuação dos agentes envolvidos dos Serviços mediante a criação de protocolo específico a ser definido posterior-

mente. Podem ser criadas comissões locais compostas por representantes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, COMEN's e CONEN's, Federações e Associações.

Tal resolução mostra as diretrizes de funcionamento das Comunidades Terapêuticas que em diversas circunstâncias não são seguidas. Em Minas Gerais, por exemplo, a atual situação é crítica, pois, segundo Amaury (2010), das 350 casas abertas, 300 podem ser fechadas, uma vez que estão totalmente fora das normas. Algumas denúncias mostram que, em vários municípios rurais, uma pessoa aluga um sítio, afirma ser uma Comunidade Terapêutica, enquanto, na verdade, explora a mão de obra dos "internos", apesar de haver um trabalho de fiscalização efetuado pelo CRE-AD e suas subsecretarias em parceria com a promotoria.

Mais uma vez percebe-se que, na prática, os serviços se desviam dos reais objetivos. Diante dessas complexidades, como fica o usuário de substâncias psicoativas que demandam tratamento de urgência? A falta do corpo clínico atrelada a outras problemáticas dificulta o processo do sujeito. Nas Comunidades, as internações acontecem voluntariamente. Portanto, o tratamento fracassará se não houver movimento de transferência, ou seja, um trabalho de acolhimento bem articulado que permita ao sujeito ter uma perspectiva de futuro.

Fazem-se necessárias ações pontuais que regularizem os serviços além do papel. A partir do momento em que o usuário de drogas mais graves, ou qualquer outra pessoa que demandar o Serviço de Saúde Mental, conseguir ser atendido de acordo com as diretrizes expostas neste artigo, será aumentada a probabilidade de eficácia do tratamento. Aos profissionais e demais atores envolvidos nessa rede, cabe a responsabilidade de uma prática pautada na ética em relação ao outro.■

Referências bibliográficas

BRASIL. Resolução n. 101, de 30 de maio de 2001. Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/101_01rdc.htm>. Acesso em: 31 ago. 2011.

CALDAS, Eloísa Dutra. **Crack: dependência e tratamento**. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagen-cia/artigo.php?id=204>>. Acesso em: 19 maio 2010.

COORDENAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE MENTAL, ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. O crack: como lidar com este grave problema (I). Disponível em: <<http://www.ccs.saude.gov.br/sau-demental/pdfs/crackcomolidarcomestegraveproblema.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2010.

LAENDER, Nadja Ribeiro. Um caso clínico em questão: neurose ou psicose? **Estudos de psicanálise**, Aracaju, n. 32, p. 129-140, nov. 2009.

MACHADO, Kátia. **Drogas e sociedade**. Disponível em: <<http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/92/04.html>>. Acesso em: 19 maio 2010.

MELLO, Luciana Maria de Lima. **Da paranoia à psicose ordinária**. Disponível em: <http://www1.pucminas.br/documentos/dissertacoes_lucia_mello.pdf>. Belo Horizonte, 2006. Acesso em: 2 mar. 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. Lei n. 11.802, de 18 de janeiro de 1995.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção em saúde mental**. Belo Horizonte: Secretaria de Estado de Saúde, 2006.

QUINET, Antonio. **Teoria e clínica da psicose**. 4. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

SANTIAGO, Ana Lydia: **Diagnóstico diferencial entre neurose e psicose**: uma função das entrevistas preliminares. Disponível em: <http://www.ebp.org.br/biblioteca/pdf_biblioteca/Ana_Lydia_Santiago_Diagnostico_diferencial_entre_neurose_e_psicose.pdf>. Acesso em: 31 ago. 2011.

TIRONI, Angélica Cantarella. A psicose ordinária e os inclassificáveis das categorias. **Opção Lacaniana online**, ano 1, n. 1, mar. 2010. Disponível em: <http://www.opcaolacanianana.com.br/pdf/numero_1/Psicose_ordinaria.pdf>. (Nova série).