

DISPOSITIVOS TERAPÊUTICOS EM PROBLEMÁTICAS DE CONSUMO

– À luz da Lei 26.657 –

Autores:

Grupo “Problemáticas Atuais: consumos e outros atos”

- Bergara, Graciela
- De Giusti, Marta
- Ferreyra, Ma. De los Ángeles.
- Lastra, Silvia
- Malvicini, Carlos

*“O tango, patrimônio das duas margens.
Épocas de álcool, cocaína e morfina. Não
eram conhecidas a pasta básica, as
anfetaminas nem o ácido lisérgico”.*

Carlos Malvicini.

É suficiente fazer um percurso pela história de diferentes culturas para ficar sabendo que as substâncias psicoativas sempre foram usadas para diversos fins: em cerimônias de iniciação, em práticas religiosas, para a busca da criação artística ou em contextos de experimentação.

Essas práticas aproximavam o sujeito a sua comunidade. Em muitos casos, como nas cerimônias, elas estavam reguladas pela cultura com a presença de outros, quer dizer, que não eram realizadas de qualquer modo e em qualquer momento.

Ao redor dos anos 60, um mercado de produção, circulação e consumo se consolida e as substâncias psicoativas entram dentro da lógica da mercadoria em geral.

A difusão e a massificação do uso de drogas acarretam a proibição e o controle dos Estados e, a fins do século XIX, essas práticas começam a ser consideradas anormais ou como um problema. Esse processo tem início com o surgimento da vontade dos Estados de intervirem nesses consumos.

Na década de 70, as drogas e seus usos começam a ser tratados como um comportamento desviado e, como tal, aparecem medidas legais e penais. O viciado é considerado como um delinquente, inimigo ou subversivo. A ênfase está posta “na droga”, dando um uso monolítico ao conceito e outorgando-lhe um poder superlativo. Há preponderância das ideias de afastamento e de isolamento como estratégia terapêutica e de reabilitação.

As propostas de tratamentos que prevaleceram foram as aplicadas em comunidades terapêuticas com modalidade de internação e, na maioria das vezes, com um plano por etapas ou fases que o paciente devia ir superando em prol de uma futura saída. Como principal ferramenta terapêutica estavam os grupos orientados ao desábito e à abstinência com fundamentos cognitivos comportamentais. Constrói-se um perfil dos viciados no qual todos são por igual: mentirosos, negadores, transgressores, delinquentes.

Atualmente, o surgimento de diversas substâncias, sua difusão e massificação outorgam particularidades ao problema. A globalização propicia maior supressão das diferenças e uma maior homogeneização dos modos de gozo.

Contribuições da Psicanálise. Freud e O Mal-estar na Civilização

Em “O Mal-estar na Civilização” Freud esboça como resposta à pergunta sobre o propósito da vida à descoberta da felicidade, entendendo como tal a ausência de dor. Assim se buscaria a evitação do desprazer através de métodos que tentam precaver o sofrimento, procurando influir sobre o próprio organismo. Dentre eles, diz-nos, o mais eficaz para obter esse resultado é o químico: a intoxicação. Dessa maneira, as sensações prazerosas alteram as condições do sensorial gerando, como consequência, o não receber moções de desprazer. Ele enfatiza: “Bem se sabe que com ajuda dos “afasta-penas” é possível se subtrair a qualquer momento da pressão da realidade e se refugiar em um mundo próprio que oferece melhores condições de sensação.” (Freud, 1929, p. 78)

Fabián Naparsteck propõe uma variação com respeito à hipótese freudiana dizendo que esta é uma “Época da inexistência do Outro, na qual tem primazia o consumo proposto pelo mercado, para todos por igual – cada um sozinho e em sua casa, onde o *delivery* traz o ‘afasta-penas’ sem ter que sair – eliminando todas as diferenças”. Neste caso seria uma solução universal, o qual o tira do lugar de resposta singular, já que, se algo caracteriza a época de Freud é a singularidade e o laço com o Outro”.

Na atualidade, poder-se-ia pensar que foi necessário insistir na hipótese freudiana. Voltar aí, ao interesse pelo sujeito e seu sofrimento, perfilando um novo paradigma.

A psicanálise e a inclusão de psicanalistas em instituições terapêuticas para dependentes químicos tiveram grande incidência na ideia de desenhar tratamentos centrados no sujeito que consome, dando lugar à singularidade.

A promulgação e aplicação da Lei argentina de Saúde Mental e Vícios 26657 e seu Decreto Regulamentar significam um avanço no atinente a épocas de exclusão e segregação dos consumidores, pois essa lei tem como sustentação principal o respeito pelos direitos dos pacientes.

Sob que condições a **Lei de Saúde Mental e Vícios** é criada? Que alcance tem a ideia de que o sujeito que sofre e/ou que consome drogas tem direitos? Que tipo de direitos ele tem?

A lei Nacional de Saúde Mental 26657 foi sancionada em 25 de novembro de 2010 e promulgada em 2 de dezembro do mesmo ano.

A lei em seu conjunto é solidária com o conceito de Saúde Mental que em seu artigo 3 é definido como: “um processo determinado por componentes históricos, socioeconômicos, culturais, biológicos e psicológicos cuja preservação e melhora envolvem uma dinâmica de construção social vinculada à concreção dos direitos humanos e sociais de toda pessoa”. Este conceito supõe a presunção de “capacidade de todas as pessoas” e parte de uma ideia ampla e complexa de saúde na qual é necessário incluir o trabalho, o ócio, o esporte, a segurança social... quer dizer, o contexto social e cultural em um momento determinado da história. Nesse sentido, ela determina que as abordagens devem ser intersetoriais para efetivar a recuperação e a reabilitação do assistido. Por

outra parte, a própria concepção da lei concebida partindo da perspectiva da Saúde mental e não da enfermidade redefine tanto o campo da Saúde como o da cidadania. Não há Saúde sem Saúde Mental e não há Saúde Mental sem Direitos Humanos. A potência reside neste tripé: Saúde, Saúde Mental e Direitos Humanos.

A lei leva em consideração nossa caixa de ferramentas que nos permite ter uma compreensão dos dispositivos e das disciplinas com que contamos para atender o sofrimento humano de acordo com a situação de que se trate. Desse modo é possível contar – tanto os profissionais quanto os pacientes – com uma rede que ofereça sustentáculo a ambos. Ela compreende toda nossa prática no âmbito privado, público, planos de saúde sociais e convênios médicos.

Essa lei está estruturada sobre quatro eixos gerais que nos permitem pensá-la. Eles são:

1) Direitos Humanos

Tem por objetivo defender os direitos dos pacientes alterando o Código Civil. Esse é um elemento fundamental para impedir, por exemplo, as internações de pessoas por sua periculosidade, substituindo esse critério pela constatação de risco certo e iminente.

Do mesmo modo, e para pôr o foco em nosso tema, o Art. 4 da Lei de Saúde Mental estabelece que "os vícios de consumo devem ser abordados como parte integral das políticas de saúde mental" e que eles "têm todos os direitos e todas as garantias que são estabelecidos na presente lei em sua vinculação com os serviços de saúde". Esse artigo instaura os problemas de consumo de drogas legais e ilegais como assunto de saúde mental e de direitos humanos e não como um problema de 'segurança'. Dessa maneira, produz-se uma mudança de paradigma em relação à concepção do consumidor: partindo da Lei Federal-Penal 23737 que considera o indivíduo como delinquente até a Lei de Saúde Mental e Vícios que concebe o consumidor como paciente, levando em consideração seu sofrimento e o reconhecendo como sujeito de direitos.

2) Equipe interdisciplinar

Sancionada a lei, o psiquiatra já não é o eixo do tratamento em Saúde Mental. Como elemento muito importante, passa a ser promovida a conformação de uma equipe interdisciplinar, integrada por diferentes profissionais e técnicos, a qual será responsável pelo atendimento da Saúde Mental. Nessa equipe são incluídas as áreas de psicologia, psiquiatria, trabalho social, enfermagem, terapia ocupacional e outras disciplinas ou campos pertinentes, formados em Saúde Mental. O atendimento deve ser realizado preferentemente fora do âmbito de internação hospitalar, mediante uma abordagem interdisciplinar e intersetorial. Procura-se orientar e promover os laços sociais e a inserção dos pacientes na comunidade.

3) Estruturas manicomiais

A lei dispõe: “Fica proibida pela presente lei a criação de novos estabelecimentos manicomiais, neuropsiquiátricos ou de internação monovalentes, públicos ou privados”.

Não se trata apenas de um trabalho no âmbito institucional e sim de uma mudança profunda na concepção da saúde mental e dos vícios, bem como dos diversos modos de abordagem terapêutica. A situação tem impacto não somente nos pacientes, mas também nos profissionais, na opinião pública e na comunidade. Em outras palavras, a desmanicomialização significa transformar uma forma de pensamento sobre a loucura e a doença mental e seus modos de abordagem, apontando para o fato de não isolar o paciente de Saúde Mental do resto das problemáticas de saúde, incluindo-o sim em instituições polivalentes.

4) Democratização com relação aos profissionais.

Os profissionais com diploma de graduação estão nas mesmas condições para ocupar cargos de direção e gestão dos serviços e das instituições. Em decorrência do mencionado até aqui, a pergunta que se impõe a nós é: como construir práticas da perspectiva de direitos?

DISPOSITIVOS

As abordagens terapêuticas para o tratamento dos vícios foram variando conforme as épocas e, assim como expusemos anteriormente, segundo a concepção que prevaleça a respeito do dependente, será a proposta de tratamento. À luz da lei de Saúde Mental e Vícios, o que há de novo com referência às propostas terapêuticas?

Para além do tipo de abordagem, as mudanças fundamentais estão centradas no paciente mais do que no dispositivo, quer dizer, há prevalência da singularidade.

A fim de desenvolver o tema do dispositivo, consideramos a posição de D. Waisbrot quem entende tal conceito como uma configuração multilinear e heterogênea de elementos em rede. Waisbrot sublinha que um dispositivo torna exequível uma linha de subjetivação e não outras. Isso rompe com a ideia de dispositivos fixos, invariáveis. Ao contrário, eles serão concebidos como uma série de práticas para a abordagem de uma situação com o objetivo de alcançar certos efeitos; e eles serão sustentados ou modificados com base na possibilidade de novidade que eles oferecerem. Ele afirmará que, enquanto heterogêneo, o dispositivo inclui discursos, teorias, instituições, instalações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis administrativas e postulados científicos.

Por outro lado, Alicia Donghi parte da experiência freudiana na qual cada transformação do dispositivo (hipnose, sugestão, talking cure, etc.) produziu, por sua vez, uma redefinição da teoria psicanalítica. Ela conclui que: “A Psicanálise não é um método de tratamento, nem uma teoria; ela é um discurso.” Um discurso que não é o que se diz; é o próprio discurso que produz um determinado tipo de laço social. Um laço social porvir, quer dizer, que jamais nos preexiste, que deve ser construído de acordo com o caso a caso. Nesse sentido, a singularidade de cada prática só pode emergir ao ser situada entre outras. Desse modo, é particularizada uma relação não hierárquica entre as diversas práticas do dispositivo interdisciplinar. O trabalho de formalização não é prescritivo (não diz o que deve ser feito) e sim ele é retroativo (se pensa naquilo que já fizemos). A própria constituição do dispositivo estabelece um campo de intervenção onde

fica inaugurado o encontro entre um problema (campo de intervenção) e o desejo de transformá-lo.

O dispositivo é construído sobre o interdisciplinar. Apesar de exceder este trabalho, a articulação da interdisciplinaridade com o conceito de transferência que a psicanálise oferece não é um tema menor. A multiplicidade de transferências geradas em dispositivos institucionais e interdisciplinares permite o desenvolvimento de diversas possibilidades de intervenção. Possibilitar que a palavra circule por diferentes campos facilita o surgimento do sujeito, questão fundamental na hora de abordar problemáticas complexas.

Diferentes experiências clínicas

Modalidade ambulatorial – Só para exemplificar, uma experiência importante no nosso meio foi a do **Centro Carlos Gardel de Asistencia en Adicciones**, dependente do Hospital Ramos Mejía. No Centro utilizam a expressão consumo problema ou consumo problemático em vez do termo viciado ou dependente, pois estas últimas expressões trazem consigo uma carga valorativa, moral confusa em um diagnóstico psicopatológico. A ideia de consumo problemático faz menção à existência de consumos que poderiam não ser problemáticos. Com a revisão dos dispositivos, o Centro organizou um modo de atendimento vinculado aos lineamentos fundamentais da psicanálise em um debate aberto crítico das propostas clínicas das comunidades terapêuticas clássicas. Foi adotado como premissa o caso a caso que inclui os conceitos de singularidade e particularidade subjetiva. Com o passar do tempo, o próprio dispositivo clínico assistencial foi reformulado. Foi proposta uma modalidade de atenção ambulatorial com espaços individuais, grupais e com instâncias coletivas em formato de oficinas. O comparecimento já não seria diário e sim duas ou três vezes por semana, de acordo com cada situação em particular. Desse modo, por exemplo, foi dada a possibilidade de que os pacientes pudessem manter seu trabalho em vez de ter que abandoná-lo para realizar o tratamento, condição de isolamento que as instituições clássicas requeriam. No mesmo sentido, a utilização de um “limiar de baixa exigência” que não impõe aos consultantes a abstinência como condição inicial do tratamento.

Internação – Previamente à sanção da lei, as internações compulsórias eram indicadas e efetivadas sem levar em conta o direito do paciente de decidir sobre si mesmo. Essas eram muito frequentes e no imaginário social existia – e talvez ainda exista – a ideia de que a internação resolvia tudo e que seria o único modo para um tratamento efetivo. O novo paradigma que sustenta a Lei 26657 propõe as internações como último recurso e do modo mais breve possível. Os dispositivos ambulatoriais devem predominar como propostas terapêuticas.

Por último, queremos mencionar as propostas que formulam as Políticas de Redução de Danos que são de alcance mundial, já que foi comprovada sua eficácia com referência à diminuição da morbidade e da mortalidade de pessoas consumidoras de drogas. Instituições como ARDA (Associação Redução de Danos na Argentina) e a Associação Civil Intercâmbios veem divulgando já faz vários anos a imperiosa necessidade de incluir programas de redução de danos frente à diversidade e ao aumento do consumo problemático de substâncias.

Trata-se de estratégias de intervenção para minimizar e/ou evitar riscos, tentando gerar práticas de autocuidado. A estratégia em si mesma acarretará efeitos na subjetividade, pois estimula a possibilidade de um consumo responsável.