



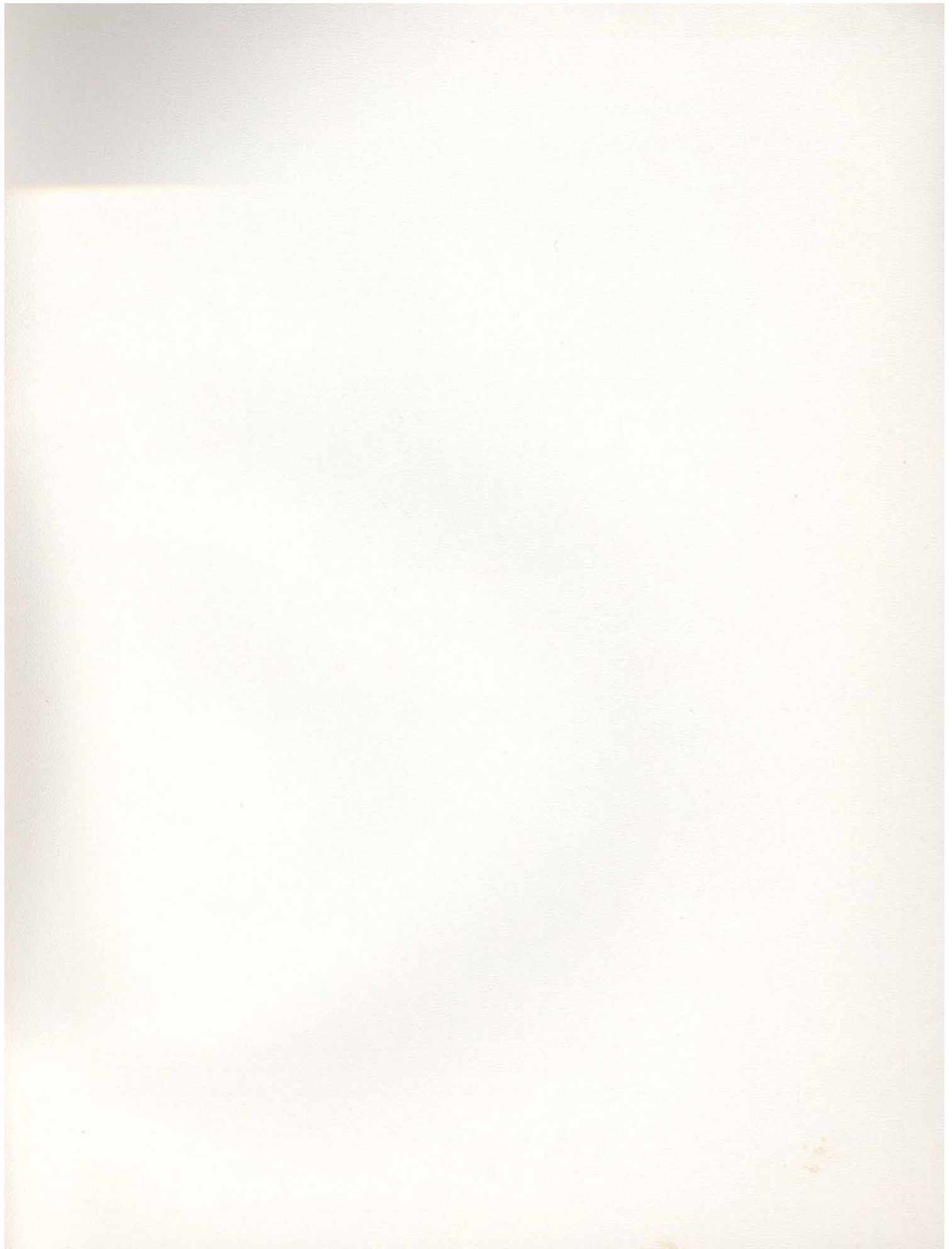
UM PROJETO

PARA

O BRASIL

Por
Ayush Morad Amar

– Superintendente do Instituto de
Medicina Social e de Criminologia
de São Paulo – IMESC.



UM PROJETO PARA O BRASIL

Parte II

195

UM PROJETO PARA O BRASIL

ÍNDICE

(Parte II)

	Página
4. TRATAMENTO E REABILITAÇÃO	
4.1. Modelo de Intervenção	4
4.2. Interesses demonstrados pelos pacientes e programas recomendados	4
4.3. Tratamento: necessidades projetadas	6
4.4. Alguns programas vigentes	13
5. PREVENÇÃO	
5.1. Controles Sociais	18
5.2. Prevenção formal do uso indevido de fármacos	20
5.3. Prevenção informal do uso indevido de fármacos	30
6. PARTICIPAÇÃO COMUNITÁRIA	
6.1. Extensão. Limites	37
6.2. Saúde Social e do Comportamento	40
6.3. Considerações finais	41
7. UNIDADE MÉDICO-SOCIAL: ANTEPROJETO	
7.1. Notas introdutórias	43
7.2. Anteprojeto	45
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	46

Tratamento e Reabilitação

As atividades de índole geral (*), endereçadas ao tratamento e reabilitação de farmacodependentes, não diferem, substancialmente, das do tratamento de pessoas que padecem de outros transtornos, sobretudo crônicos, recidivantes, caracterizados especialmente por comportamento aberrante e socialmente inaceitável.

Salvo no caso da dependência do tipo alcoólico e morfínico, atualmente, não se dispõe de programa de intervenção cujos efeitos possam ser considerados específicos contra uma ou outra forma de dependência. Esta observação é aplicável a todos os tipos correntes de dependência, mas, sobretudo, à causada por cannabis, alucinógenos mais enérgicos, estimulantes, sedantes e certos inalantes. A supressão, intoxicação aguda e outras complicações requerem, evidentemente, tratamento especial.

Além da natureza das drogas e das complicações, merecem atenção especial outros fatores, tais como idade, tipo de comportamento do paciente, características de seu meio familiar e sócio-cultural imediato e disponibilidades de serviços sanitários, sociais, etc.

O tratamento tem por objetivo ocupar-se dos sintomas existentes, inclusive ingestão de uma ou múltiplas drogas, e de resolver problemas subseqüentes associados. As intervenções empregadas com esta finalidade vinculam-se a setores correlatos, tais como o do tratamento da delinqüência e transtornos do comportamento, psiquiatria do adolescente e do adulto, teoria da aprendizagem (em especial, condicionamento clássico e operante) e estas diferentes origens refletem-se nas formas de tratamento.

Dependendo das circunstâncias, os pacientes poderão ser tratados em comunidades autônomas, centros residenciais, estabelecimentos psiquiátricos, outras instituições médicas clássicas ou segundo programas especiais (para delinqüentes juvenis por exemplo); no

entanto, na maioria dos casos, o tratamento deve ser feito em contexto menos rígido, como por exemplo em unidades médico-sociais. Se a relação com a droga é mínima, pode bastar plano de assessoramento individual e familiar e de reestruturação do modo de vida; impondo-se tratamento mais ativo, pode-se recorrer às unidades, associadas ou não a centros juvenis e para adultos, oficiais ou privadas, que costumam estar estrategicamente localizadas. Essas unidades podem vincular-se a organizações oficiais ou ser "autônomas", com diversos graus de supervisão e orientação profissionais.

Estas atividades atingem sua máxima eficácia quando fazem parte de sistema completo de serviços (internato, hospital psiquiátrico ou geral, para tratamento de episódios intercorrentes, laboratório para vigiar consumo de drogas, mediante análise dos humores orgânicos, albergues e serviços de assistência ulterior a longo prazo). Nestas condições, estes estabelecimentos podem servir para encaminhar casos novos a tratamento melhor estruturado, assegurar assistência posterior e facilitar reincorporação na sociedade.

Conselhos, apoio e outros tipos de ajuda dos serviços de assistência, destinados a evitar as recaídas, constituem parte importante do programa terapêutico global da unidade. Em cada caso, a duração destes serviços é medida em meses e, inclusive, em anos, e não, simplesmente, em dias e semanas. Medidas de orientação familiar são adotadas para que a família do paciente se informe dos seus problemas e necessidades e colabore, eventualmente, na modificação de suas atitudes e comportamento. O fomento de atitude compreensiva, por parte das autoridades locais, benfeitores e outras pessoas que possam influir na reabilitação dos farmacodependentes é, também, importante função dos serviços de assistência.

É evidente, portanto, que o tratamento da farmacodependência requer conhecimentos e técnicas especializadas e, inclusive, com freqüência, instalações especiais de tratamento.

(*) Diagnóstico, estabelecimento dos objetivos imediatos e a longo prazo, formulação de modelo(s) de intervenção, solução das emergências e complicações médicas, modificações do comportamento, serviços de reabilitação (médicos, vocacionais ou sociais) e demais serviços sociais.

Também é patente que planificação e execução de programa de intervenção bem concebido exige participação direta de especialistas os mais diversos, por exemplo, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, clínicos gerais e, indiretamente, envolvimento de autoridades policiais, judiciárias e penitenciárias.

É, portanto, vital a necessidade de fomentar formação sólida e integrada dos diversos profissionais e organismos e estabelecer, entre os mesmos, vínculos de trabalho, a fim de que, no seu devido momento, possam dispensar tratamento eficaz.

A seguir, consideram-se, sucessivamente, 4.1) critérios adotados para estabelecimento dos modelos de intervenção; 4.2) confronto entre interesses demonstrados pelos pacientes e programas de tratamento recomendados; 4.3) áreas de problemas; 4.4) considerações acerca de diferentes tratamentos vigentes.

As considerações que se seguem foram estabelecidas com base na experiência adquirida pelos principais centros de tratamento e reabilitação, situados no Continente Americano e que mantêm estreitas relações com o IMESC. Ademais, os critérios e princípios adotados pelos centros aludidos são do conhecimento integral dos docentes desse Instituto.

4.1 MODELO DE INTERVENÇÃO: CRITÉRIOS

Princípio básico do Sistema proposto é o desenvolvimento de modelo estatístico, montado empiricamente, para proporcionar indicação ideal de pacientes para intervenções adequadas. A constituição do modelo obtém-se mediante estudo de valores, onde resultados de tratamento, anteriormente administrados, e dados de "follow-up" fazem parte integrante da bateria de avaliação. As diferentes intervenções escolhidas são comparadas entre si e avaliação da sua eficiência implica: (1) critérios de decisão lógica; (2) critérios de decisão baseados nas estimativas de probabilidade; (3) funções discriminantes lineares; (4) sistemas lineares de prognóstico.

Exemplo do modelo estatístico está esboçado no Quadro X. Usando estratégia de classificação múltipla (Skinner, 1977), seis diferentes subgrupos de pacientes ou "tipos" podem ser identificados (fundados no inventário básico de personalidade: ver tópico 4, Parte I). Conceitualmente, levanta-se hipótese de que os "tipos" referidos são encontrados na população de pacientes dependentes de álcool e de drogas que se apresenta à unidade médico-social. Recorde-se que certos "tipos" de pacientes respondem melhor quando programas específicos de intervenção são instituídos. Há descrição esquematizada de cada "tipo" no Quadro X. Por exemplo, o classificado como "Síndrome Depressiva" agrupa pacientes que, geralmente, consideram-se inadaptados, são pessimistas e autodepreciativos, têm poucos amigos e, amiúde, sentem-se mal junto de outras pessoas. (*)

Esta tipologia foi usada como mecanismo de diferenciação de pacientes. Segundo os critérios acima estabelecidos, dado um perfil, o paciente pode ser objetiva-

mente classificado segundo o "tipo" em relação ao qual ele mais se aproxima. Em essência, toma-se o perfil do paciente e compara-se com cada um dos seis tipos. Sendo sua maior semelhança excedente ao valor do limite mínimo correspondente a dado "tipo", estabelecido pelo critério de classificação, então o paciente é considerado de acordo com este "tipo".

Com os dados fornecidos, segundo critérios assinalados, estabelecem-se ligações (representadas por flechas pontilhadas Quadro X) entre cada "tipo" de paciente e a(s) intervenção(ões) mais apropriada(s). Após número satisfatório de pacientes ter passado pelo Sistema, estabelecem-se cálculos de probabilidade bastante precisos para ligações projetadas. Por exemplo, para pacientes que apresentam problemas de controle de seus impulsos (tipo III), pesquisas têm demonstrado que a intervenção mais efetiva é representada por programa de Modificação do Comportamento.

Apesar de serem utilizados dados do Inventário de Personalidade (vide tópico 4.3.1.b), o resultado final desta abordagem toma em consideração conjunto de medidas obtidas a partir da bateria de avaliação. O uso do inventário é somente um exemplo. Com exceção dos resultados experimentais, indicações de tratamento podem basear-se em múltiplos dados de avaliação (médicos, psicológicos e sociais).

4.2 INTERESSES DEMONSTRADOS PELOS PACIENTES E PROGRAMAS RECOMENDADOS: CONFRONTO.

É interessante verificar a frequência com que vários programas de tratamento são requisitados pelos pacientes, ou, pelo menos, são motivos de seu interesse. Tomando como ponto de partida a experiência dos centros de atendimento especializado, já referidos, construiu-se, a título de exemplificação, a Tabela (1) a fim de ilustrar o tópico.

A primeira coluna dá a porcentagem dos tratamentos solicitados, ao se oferecer aos pacientes apenas um programa de tratamento. Neste caso, as cinco principais escolhas são:

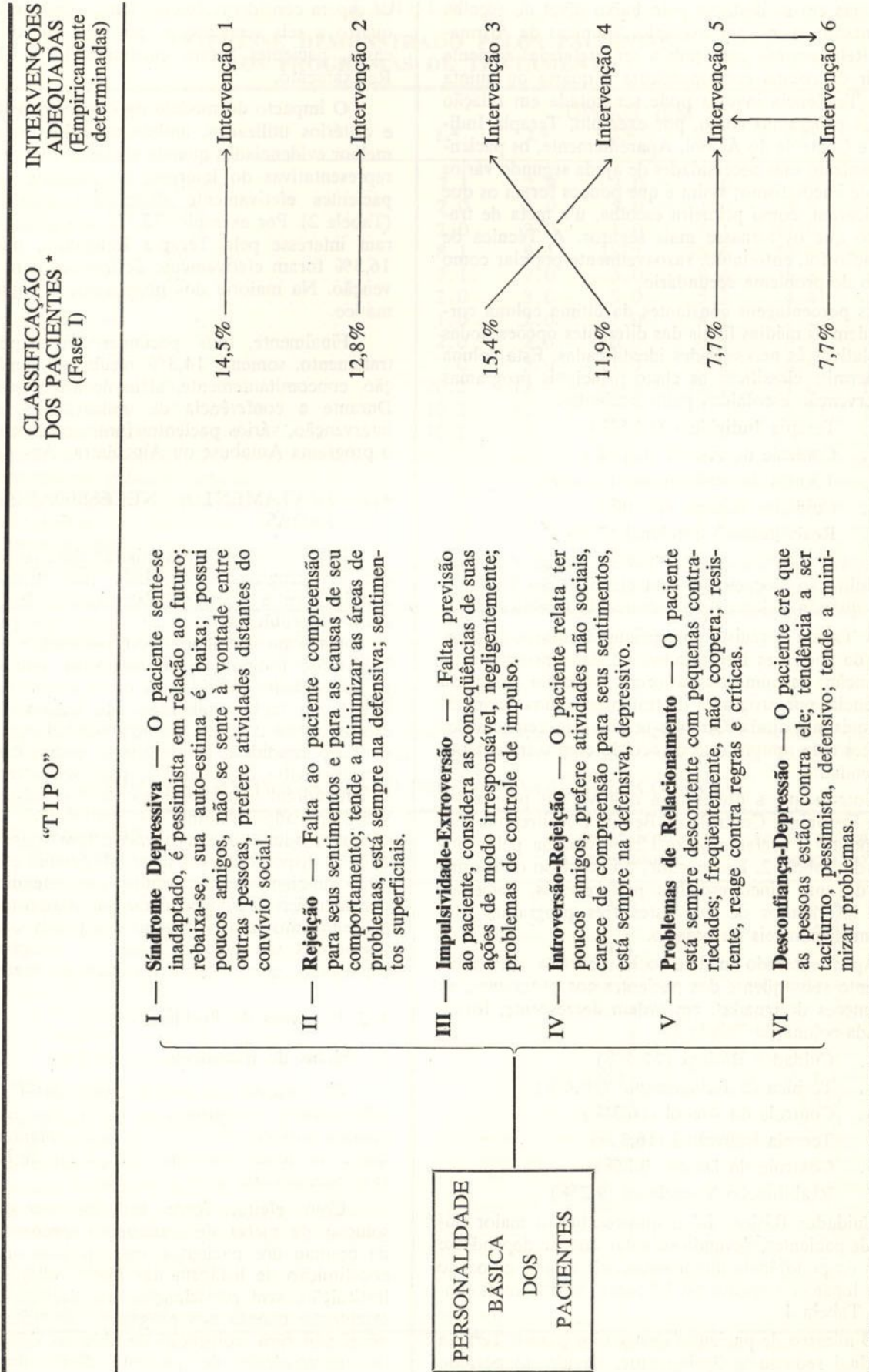
1. Terapia Individual (20,2%)
2. Controle do Álcool (20,2%)
3. Cuidados Básicos (10,1%)
4. Controle da Droga (10,1%)
5. Técnica de Relaxamento (8,1%)

Estes cinco programas, em geral, respondem por mais de 2/3 dos tratamentos requisitados. Aconselhamento ou terapia individual e internação para controlar o alcoolismo são os dois programas que, mais frequentemente, fazem pacientes identificarem suas próprias necessidades. Digna de nota é a tendência de alguns

(*) A porcentagem de pacientes classificados segundo um mesmo "tipo" (baseando-se na experiência dos centros de atendimento especializado, visitados pelo IMESC) está registrada no Quadro X. Assim, 14,5% dos pacientes, em geral, são havidos como do primeiro tipo; 12,8% como do segundo tipo, e assim por diante. No total, cerca de 70% dos pacientes permitem sua inclusão em um dos seis tipos aludidos. Cerca de 30% apresentam perfis singulares e/ou inclassificáveis.

QUADRO X

MODELO ESTATÍSTICO PARA INDICAR PACIENTES AS DIFERENTES INTERVENÇÕES



PERSONALIDADE BÁSICA DOS PACIENTES

* As porcentagens e os "tipos" estabelecidos foram constituídos mediante consulta a centros especializados visitados pelo IMESC (ARF, CEMEF, CEJ, Clínicas Reunidas).

programas em se destacar pelo baixo nível de escolha apresentado; assim, por exemplo, Técnicas de Afirmação e Relaxamento começam a ser preferidas somente a partir da coluna correspondente à quarta ou quinta opção. Tendência inversa pode ser notada em relação a outros programas como, por exemplo, Terapia Individual e Controle do Alcool. Aparentemente, os pacientes organizam suas necessidades de ajuda segundo vários níveis de imediatismo; assim é que poucos foram os que identificaram, como primeira escolha, u'a meta de tratamento que os tornasse mais seguros. A Técnica de Afirmação foi, entretanto, razoavelmente popular como solução de problema secundário.

As porcentagens constantes da última coluna correspondem às médias finais das diferentes opções, todas elas relativas às necessidades identificadas. Esta coluna final permite classificar os cinco principais programas de intervenção escolhidos pelos pacientes:

1. Terapia Individual (14,6%)
2. Controle do Alcool (12,7%)
3. Técnica de Relaxamento (12,6%)
4. Cuidados Básicos (10,9%)
5. Reabilitação Vocacional (7,6%)

Exceto pela troca havida entre Controle de Droga e Reabilitação Vocacional, esta classificação é igual à obtida quando única opção é oferecida (Coluna I).

A Tabela 2 registra, na primeira coluna, porcentagem de pacientes interessados em dado programa de intervenção; os números fornecem avaliação global da preferência, por programa de tratamento, dos pacientes que requisitam ajuda. Observe-se que a preferência dos pacientes nem sempre está de acordo com o tratamento recomendado.

Note-se que a preferência relativa aos programas Grupo Feminino, Controle de Bebida e Naltrexona não corresponde à preferência real representada pelos números da Tabela 2. Isso porque, no processo de formulação de suas cinco escolhas preferenciais, pacientes foram informados de que estes três programas não estavam disponíveis na ocasião.

Após o estudo médico-social acurado e encaminhamento subsequente dos pacientes aos programas, as intervenções designadas, em ordem decrescente, foram (segunda coluna da Tabela 2):

1. Cuidados Básicos (22,4%)
2. Técnica de Relaxamento (19,4%)
3. Controle do Alcool (16,3%)
Terapia Individual (16,3%)
4. Controle da Droga (9,2%)
Reabilitação Vocacional (9,2%)

Cuidados Básicos foi o que recebeu o maior número de pacientes, devendo-se notar que, se dependesse apenas da preferência dos mesmos, ele estaria colocado em 3.º lugar (1.ª opção) ou 4.º lugar (média final) conforme Tabela 1.

O número de pacientes designados para a Terapia Individual reduziu-se ligeiramente, devido ao período

de espera consideravelmente longo (em geral, acima de quatro a seis semanas) e, por essa razão, em vários casos, pacientes foram encaminhados à Técnica de Relaxamento.

O impacto do modelo de intervenção (Quadro X) e critérios utilizados, ambos referidos em 4.1., são melhor evidenciados quando se comparam porcentagens representativas do interesse do paciente com as dos pacientes efetivamente designados para tratamento (Tabela 2). Por exemplo, 73,1% dos pacientes mostraram interesse pela Terapia Individual, mas somente 16,3% foram efetivamente designados para essa intervenção. Na maioria dos programas, o impacto é dramático.

Finalmente, dos pacientes encaminhados para tratamento, somente 14,3% receberam dupla intervenção, concomitantemente, além de assistência contínua. Durante a conferência de indicação do modelo de intervenção, vários pacientes foram recomendados para o programa Antabuse ou Alcoólatras Anônimos.

4.3 TRATAMENTO: NECESSIDADES PROJETADAS

Há duas abordagens básicas para se fazer avaliação do programa apropriado para tratamento. De acordo com a primeira, determina-se frequência das **áreas de problemas** (4.3.1), tocante aos pacientes que se apresentam à unidade médico-social, e, em seguida, indicam-se programas de tratamento que se adaptam às necessidades referidas. A outra alternativa é estabelecer uma dada **modalidade de tratamento** (4.3.2), especificar os critérios a serem utilizados para inclusão de dado candidato no mesmo e, então, fazer levantamento, dentre os pacientes, para se determinar quais se enquadram nestes critérios. As duas abordagens têm sido aplicadas durante o tratamento, devendo-se, contudo, aduzir que a primeira tem lugar nos países onde as disponibilidades material, pessoal e institucional estão suficientemente definidas para atendimento geral e sistemático das dependências, ao passo que o último procedimento leva-se a cabo nos países onde recursos disponíveis são escassos, quer em relação a pessoal capacitado, quer tocante aos recursos materiais.

4.3.1 Áreas de Problemas

a) Metas de tratamento

Constitui-se numa série considerável de asserções (afirmações), preparadas a partir das queixas mais comuns apresentadas aos centros de tratamento, rol este que é submetido aos candidatos, a fim de identificarem suas necessidades mais prementes.

Com efeito, fonte útil de informação é a solução de metas de tratamento, preparada a partir da opinião dos pacientes, entrevistados um a um. A constituição de listagem das metas, quando feita pela instituição, sem participação dos pacientes, visando à orientação quanto aos programas de tratamento, provoca, não raro, colocação de algumas delas à margem das necessidades do paciente. Em outras palavras,

TABELA 1
INTERESSE DEMONSTRADO PELOS PACIENTES
AOS PROGRAMAS DE TRATAMENTO

PROGRAMA DE TRATAMENTO	OPÇÃO (EM %)					Média Final
	1. ^a	2. ^a	3. ^a	4. ^a	5. ^a	
1. Manutenção pela metadona	7.1	2.0	3.0	.0	.0	2.4
2. Abstinência da metadona	2.0	3.0	5.0	1.0	3.3	2.9
3. Afirmação	2.0	2.0	1.0	3.1	11.0	3.8
4. Técnica de relaxamento	8.1	9.1	18.2	15.6	12.1	12.6
5. Reabilitação vocacional	7.1	7.0	3.0	9.4	8.8	7.6
6. Terapia ocupacional	2.0	3.0	5.0	5.2	4.4	3.9
7. Terapia familiar	1.0	2.0	1.0	4.1	2.2	2.1
8. Terapia matrimonial	2.0	1.0	6.0	6.3	3.3	3.7
9. Terapia de grupo .....	.0	5.0	11.0	5.2	6.6	5.6
10. Terapia individual	20.2	12.1	14.1	15.7	11.0	14.6
11. Cuidados básicos	10.1	14.1	10.0	11.5	8.8	10.9
12. Controle da droga	10.1	6.1	4.0	.0	1.1	4.3
13. Controle do álcool	20.2	18.2	11.1	6.2	7.7	12.7
14. Estratégia de vida .....	.0	.0	1.0	1.0	4.4	1.3
15. Saúde e aptidão .....	.0	3.0	1.0	2.0	3.3	1.9
16. "Bon Accord" .....	.0	3.0	.0	1.0	1.1	1.0
17. Grupo Feminino .....	.0	4.0	4.0	8.0	4.0	4.0
18. Controle do uso do álcool	6.1	6.1	5.0	6.2	5.5	5.8
19. Naltrexona .....	.0	.0	1.0	2.0	2.2	1.0

NOTA: Porcentagens atribuídas ao Grupo Feminino baseiam-se somente na amostragem feminina

TABELA 2

Apesar dos programas de tratamento terem sido escolhidos da forma atrás indicada, o número de pacientes efetivamente enviados pela instituição para cada programa é o que está registrado na **Tabela 2**.

INDICAÇÃO DE TRATAMENTO PELA UNIDADE MÉDICO-SOCIAL

PROGRAMA DE TRATAMENTO	% de pacientes interessados	% de pacientes designados
1. Manutenção pela metadona	12.0	5.1
2. Abstenção da metadona	14.5	3.1
3. Afirmação	19.1	2.0
4. Técnica de relaxamento	63.0	19.4
5. Reabilitação vocacional	38.0	9.2
6. Terapia ocupacional (*)	19.5	.0
7. Terapia familiar	10.3	2.0
8. Terapia matrimonial	18.6	4.1
9. Terapia de grupo	27.8	1.0
10. Terapia individual	73.1	16.3
11. Cuidados básicos exclusivos	54.5	22.4
12. Controle da droga	21.3	9.2
13. Controle do álcool	63.5	16.3
14. Estratégia de vida	6.4	3.1
15. Saúde e aptidão	9.3	1.0
16. "Bon Accord"	5.1	.0
RECOMENDADOS PARA:		
Antabuse		7.1
Alcoólatras Anônimos		4.1

(*) Não estava à disposição

TABELA 3
METAS DE TRATAMENTO

Classificação	Frequência (%)	ASSERÇÕES
1	36	— Quero ficar menos tenso (Técnica de Relaxamento)
2	27	— Gostaria de ter alguém com quem discutir meus problemas e dúvidas (Cuidados Básicos)
2	27	— Quero um terapeuta que me ajude a resolver meus problemas (Terapia Individual)
3	26	— Quero um terapeuta que me ajude a entender por que bebo ou tomo drogas (Terapia Individual)
4	24	— Preciso de programa organizado que ajude a parar de beber (Controle do Alcool)
5	21	— Quero ajuda para encontrar uma carreira que me dê mais satisfação (Reabilitação Vocacional)
5	21	— Quero sair do meu ambiente e entrar para um programa organizado para tratar do vício da bebida (Controle do Alcool)
6	20	— Quero conversar de vez em quando com alguém que conheça minha situação (Cuidados Básicos)
7	19	— Quero aprender a controlar a bebida (Controle do Alcool)
8	18	— Quero conversar com um terapeuta sobre minhas dúvidas e temores (Terapia Individual)
9	17	— Quero participar de grupo de pacientes internos com quem possa falar sobre meus problemas (Controle da Bebida)
10	16	— Quero sentir-me à vontade com outras pessoas (Terapia de Grupo)
10	16	— Quero aprender a relaxar em situações sociais (Técnica de Relaxamento)

quando a listagem das necessidades de tratamento é preparada exclusivamente pelos pacientes, obtém-se rol um pouco diferente do organizado pela instituição. Apesar disso, este último apresenta, certamente, grande variedade de modalidades de tratamento, como foi dado observar em grande número de centros especializados em tratamento e reabilitação de dependentes.

Nas Tabelas 1 e 2, a escolha dos programas está resumida sob o título Programa de Tratamento. Recorde-se que intervenções mais requisitadas foram, pela ordem:

1. Terapia Individual
2. Controle do Alcool
3. Técnica de Relaxamento
4. Cuidados Básicos
5. Reabilitação Vocacional

Este grupo permanece imutável ao se examinar a frequência das metas de tratamento (Tabela 3), segundo as mesmas fontes consultadas pelo IMESC.

A título de exemplificação, consideremos a Tabela 3.

A meta que o paciente classifica em primeiro lugar é desejo de estar "menos tenso". Trinta e seis pacientes escolheram esta afirmação dentre suas cinco primeiras escolhas. Tensão física e outros sintomas correlatos de ansiedade são, freqüentemente, considerados nos diagnósticos-chave, ao nível do Módulo de Diagnóstico.

O tratamento dos sintomas relativos à "ansiedade" é, entretanto, problemático, do ponto-de-vista do planejamento, dado que única modalidade de tratamento é insuficiente. Em muitos aspectos, ansiedade é semelhante à hipertensão essencial, que pode ser resultante de interação complexa de inúmeros fatores.

No que tange à problemática diagnóstica, oferecem-se três diferentes medidas para: (1) estado atual, (2) medo de situações sociais e (3) predisposição à ansiedade. Embora sejam necessárias pesquisas futuras, cada uma dessas categorias tem propósito de orientar para dada modalidade de tratamento. Por exemplo, pode-se tratar sintomas da ansiedade aguda mediante quimioterapia e/ou breve hospitalização; ansiedade relacionada a situações sociais mediante interações de grupos estruturados (p. ex. psicodrama, técnica de afirmação) e, finalmente, problemas antigos, crônicos, mediante técnicas específicas de relaxamento.

Desejando ajuda para equacionar seus sintomas de ansiedade, o que o paciente solicita mais freqüentemente (classificações 2 e 3) é ter um indivíduo, preferivelmente terapeuta do Módulo de Cuidados Básicos, que possa assisti-lo, passo a passo. Quando se seleciona metas de seu tratamento, ao serem os pacientes informados de que Módulo de Cuidados Básicos não pode fornecer o mesmo grau de acompanhamento intensivo dispensado pelo programa de

Terapia Individual, é interessante verificar que certos pacientes passam a preferir este último, melhor orientado pragmaticamente quanto ao acompanhamento.

Internação — para tratamento de problemas ligados ao álcool — ocupou a quarta classificação relativamente às escolhas referidas. Muitos indivíduos podem solicitar internação, seja porque necessitam de lugar para ficar, seja porque desejam período de sobriedade forçada. No caso vertente, 1/3 dos pacientes, aproximadamente, ou não tinham endereço fixo, ou viviam em outra instituição, ou, finalmente, tinham, como residência, apenas um compartimento.

A meta que ocupou o quinto lugar foi aprimoramento vocacional, sendo que, dos pacientes avaliados, somente 28% empregaram-se em condições vantajosas. Das restantes asserções, 19% dos pacientes queriam aprender “como controlar a bebida”; apesar desta declaração ser designativa de controle de bebida, há ambigüidade potencial a respeito da palavra “controle”, pois, para muitos, esta declaração significa completa supressão do uso. Assim, esta afirmação pode refletir interesse por programa de controle e/ou assistência orientada (antabuse, abstinência forçada em regime de internação). Finalmente, 16% mostraram interesse em aprender “como sentir-se à vontade com outras pessoas”.

Em resumo, a seguinte lista de **necessidades** foi extraída das Metas de Tratamento, segundo as fontes referidas:

- redução dos sintomas relativos à ansiedade;
- aconselhamento individual.
- a) acompanhamento intensivo
- b) acompanhamento pragmático
- programa de internação;
- reabilitação vocacional;
- programa de controle ou assistência;
- terapia de grupo.

Para cada uma dessas categorias, pode corresponder mais do que um programa de tratamento.

O estudo acima, de per si, serve para evidenciar a importância transcendental que assume um centro especializado (ou unidade médico-social, no caso) e preparo de inventário de metas nos moldes do assinalado.

b) Inventário Básico da Personalidade

Outro método para identificação das necessidades de tratamentos potenciais consiste na comparação de valores a partir dos dados registrados na Bateria de Diagnóstico. Por exemplo, podem evidenciar-se várias facetas psicopatológicas levantadas pelo Inventário Básico da Personalidade. No Quadro X, porcentagens refletem a frequência com que ocorrem distintas áreas de problemas, entre os pacientes. A área predominante é Impulsividade-Extroversão (tipo III), que representa, aproximadamente, 15% dos pacientes. Poder-se-ia considerar programa de **modificação do comportamento**, como sendo modalidade de tratamento ou intervenção, para estes pacientes portadores de problemas de controle de impulsos. Com exceção do

programa Controle da Droga, que dá grande ênfase na modificação do comportamento, não há outros programas nos centros especializados destinados especificamente ao problema de controle de impulsos. Note-se que o método de constituição de grupos, utilizado no programa de Controle da Droga, poderia ser estendido a estes pacientes externos com necessidades afins.

Baseando-se na revisão da literatura especializada, poder-se-ia hipotetizar intervenções para cada um dos “tipos” considerados no Quadro X. Abaixo, encontram-se intervenções sugeridas para cada “tipo” identificado. Deve-se frisar, entretanto, que esta é lista **experimental** e, como tal, necessita ulteriores revisões à medida que se tenha acumulado suficiente experiência nas várias modalidades de tratamento.

Área de Problema	Intervenção Sugerida
I. Síndrome Depressiva	1. Atividades Grupais 2. Estratégia Social 3. Terapia Individual
II. Rejeição	1. Cuidados Básicos 2. Terapia Individual (introjeção) 3. Terapia de grupo (confrontação)
III. Impulsividade-Extroversão . . .	1. Modificação do Comportamento
IV. Introversão-Rejeição	1. “Contrato de Contingência” 2. Técnica de Afirmação 3. Terapia Individual
V. Problemas de Relacionamento	1. Estratégia Social 2. Terapia de Grupo
VI. Desconfiança-Depressão	1. Atividades Grupais 2. Cuidados Básicos

Uma vez mais, deixa-se claro que esta é apenas e tão-somente lista experimental e não significa que esteja esgotada. Várias áreas, entretanto, para as quais o tratamento deve compreender diferentes intervenções, incluem Atividades Grupais, Modificação do Comportamento e Adestramento Social.

Grande variedade de pontos é relevante para planejamento do programa. No exemplo considerado, dos pacientes avaliados durante o tratamento, 63% afirmaram ser o álcool a principal substância de uso indevido, 20% reconheceram-no em relação a drogas, enquanto 17% declararam-no em relação a ambos. Durante as reuniões para decisão da intervenção, discutiu-se sobre a conveniência do emprego do antabuse e esta forma de tratamento foi explicitamente recomendada para 7% dos pacientes. Alguns que tiveram necessidade de supervisão receberam-na mediante Módulo de Cuidados Básicos. Deve-se estudar, entretanto, vantagens de associar este acompanhamento ao de pacientes que estejam recebendo manutenção por meio da metadona e/ou outras formas de quimioterapia. Também foi recomendada, para 4% dos pacientes, participação nas reuniões dos

Alcoólatras Anônimos. Uma vez que vários pacientes expressam seu interesse pelos AA, poder-se-ia explorar vantagens de estabelecer ligações mais estreitas com esta organização. Finalmente, para certo número de casos, houve necessidade de serviço de acompanhamento comunitário (aconselhamento relativo a emprego do tempo livre, visitas domiciliares, serviços vocacionais), que poderia ser oferecido através dos serviços de Cuidados Domiciliares. A este respeito, Cuidados Domiciliares poderiam servir como complemento do Módulo de Cuidados Básicos.

4.3.2 Modalidades de Tratamento: exemplos

Como já se viu, uma segunda abordagem, visando à necessidade de programas de tratamento, além da evidenciada pelas áreas de problemas, é selecionar modalidade específica de tratamento, determinar critérios para nele dado candidato incluir e levantar o número de seus pacientes candidatos potenciais. Para isto, propõe-se, amiúde, os programas de intervenção: (a) Naltrexona, (b) Grupos Femininos e (c) Controle de Bebida.

a) Naltrexona

Trata-se de droga não narcótica que bloqueia efeitos dos narcóticos (p. ex. heroína) e, conseqüentemente, evita ocorrência da dependência física. (ver tópico 4.4.5).

Este programa se propõe a tratar dos que usam indevidamente narcóticos e que desejam permanecer livres deles. Indivíduos que usam narcóticos, mas que não são dependentes habituais ou, talvez, muito pouco dependentes, podem fazer uso de Naltrexona como alternativa do tratamento de manutenção ou abstinência pela metadona.

Além disso, principiantes quanto ao uso de narcóticos têm sido considerados bons candidatos ao uso da Naltrexona; ela é indicada, também, como apoio transitório. Com efeito, o período imediato à detoxificação, compreendendo supressão do narcótico, parece ser particularmente difícil, apresentando alto índice de recidiva. Assim, Naltrexona tem sido sugerida como apoio transitório, neste período difícil.

No levantamento efetuado pelo IMESC, junto às entidades estrangeiras e internacionais, retroaludidas, relativamente a este tratamento, somente 11% dos pacientes que faziam uso de narcóticos foram avaliados. Devido a esta pequena amostragem, não se chegou a conclusões definitivas. Os dados seguintes, entretanto, sugerem, efetivamente, necessidade potencial de programa de Naltrexona. A Tabela 4 apresenta nove asserções (metas de tratamento) referentes aos programas recomendados para usuários de narcóticos.

Do exame destas metas, evidencia-se que a grande maioria de pacientes (80-90%) julga que a metadona lhes é útil. Isto é, a metadona lhes dá a possibilidade de tratar de seus problemas ao fornecer apoio farmacológico (I.1 = 91%). A meta número II.1 mostra preferência pela abstinência progressiva (91%) em

relação a u'a manutenção longa (I.3 = 82%). Encontrar "uma alternativa para o estilo de vida, independentemente do uso diário de narcóticos" é muito importante para a maioria dos pacientes (90%). As duas primeiras metas feitas para o Programa da Naltrexona indicam que, pelo menos 2/3 dos pacientes que responderam aos quesitos, acham que precisam de alguma substância não-narcótica (p. ex. Naltrexona), para auxiliá-los a permanecer livres da droga. A última asserção (III.3) destina-se a pacientes que abandonaram o uso de narcóticos. No caso vertente, uma vez que pacientes estavam usando narcóticos, normalmente, esta asserção não se lhes aplicou. Assim, esta meta foi inadequada para 11% dos pacientes.

Em resumo, dados fornecidos por esta pequena amostragem sugerem que muitos pacientes preferem abstinência à manutenção (p. ex. metadona) e que a Naltrexona deve ser considerada mecanismo de apoio após tratamento pela metadona. Durante discussões com os aludidos pacientes, vários deles expressaram vivo interesse quanto ao uso da Naltrexona como última etapa de sua progressão em direção à vida livre das drogas. Assim, recomenda-se exploração futura para o uso da Naltrexona.

b) Grupo Feminino

Questionário (Brogan e Kutner, 1976) para esclarecimento do desempenho sexual (SRO) é, habitualmente, incluído na Bateria de Diagnóstico para fornecer medida normativa dos comportamentos masculino e feminino apropriados. O desempenho sexual está conceituado numa escala de valores que varia do ponto-de-vista tradicional ao não-tradicional e onde número pequeno de pontos obtidos na escala corresponde ao ponto-de-vista tradicional. A escala revela atitudes relacionadas com: divisão do trabalho na sociedade conjugal, de acordo com o sexo; estrutura da autoridade de acordo com o sexo; empregos obtidos por homens e mulheres; "status da mulher"; socialização do desempenho sexual das crianças e existência de estereótipos de comportamento sexual. Se número suficiente de pacientes do sexo feminino apresentar dificuldades sexuais e se estas dificuldades agravarem ou motivarem a farmacodependência, então a inclusão do programa de tratamento Grupo Feminino pode ser intervenção aconselhável.

Com base em várias amostragens de pacientes do sexo feminino, o número médio de pontos obtidos na escala é, aproximadamente, de 166. Das 25 pacientes que terminaram a escala durante o tratamento, 10 pacientes, ou 40%, tinham seus escores dentro do padrão classificado como "tradicional" (abaixo de 166). Poder-se-ia, também, argumentar que mulheres que obtêm grande número de pontos na escala poderiam estar sujeitas a problemas devido a seus pontos-de-vista profundamente "não-tradicionais" ou liberais. Por exemplo, 16,6% das pacientes alcançaram mais de 190 pontos (desvio padrão acima da média). Em relação às Metas de Tratamento, o Grupo Feminino apareceu entre as cinco primeiras opções das pacientes em 20% das vezes. De acordo com o referido anterior-

TABELA 4
DEPENDÊNCIA DE NARCÓTICOS: METAS DIAGNÓSTICAS

METAS DE TRATAMENTO	AVALIAÇÃO DOS PACIENTES				RESUMO	
	Não é importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Não é importante	Pouco importante
I — Manutenção pela Metadona						
1. Quero parar de fazer uso ilegal de narcóticos	1	0	1	9	9%	91%
2. Quero continuar com a metadona porque ela me dá tempo para tratar dos meus problemas	1	1	1	8	9%	91%
3. Preciso de apoio bem longo da metadona	2	2	2	5	18%	82%
II — Abstinência da Metadona						
1. Quero libertar-me dos narcóticos em seis meses	1	3	1	6	9%	91%
2. Quero alternativa de vida, além do uso diário de narcóticos	1	1	1	7	10%	90%
3. Quero programa onde eu possa diminuir gradualmente minha dependência de narcóticos	3	3	3	2	27%	73%
III — Naltrexona						
1. Preciso de apoio (não narcótico) que me faça manter-me afastado do uso de narcóticos	4	2	2	3	36%	64%
2. Quero conseguir um emprego e evitar todo o uso de narcóticos	3	2	1	5	27%	72%
3. Agora que parei de usar narcóticos, quero permanecer livre da droga	7	2	0	2	64%	36%

mente, esta estimativa pode estar aquém da real, uma vez que as pacientes sabiam que intervenção do Grupo Feminino era hipotética. Assim, poderia parecer que há numero razoável de pacientes do sexo feminino que marcam pontos nos pólos extremos da orientação sexual. Pesquisas futuras devem tratar de esclarecer se: (1) conflitos sexuais são reconhecidos como motivação importante no que toca ao uso indevido de álcool e de drogas e se (2) essas pacientes estariam interessadas em discussões de grupo sobre comportamento sexual como intervenção básica de tratamento.

Também é interessante notar que 71,2% dos pacientes do sexo masculino fizeram seus pontos dentro do campo "tradicional" da escala (ou seja, abaixo de 160). Talvez se devesse considerar nas unidades médico-sociais o desenvolvimento de Grupo de Orientação Sexual que incluísse pacientes de ambos os sexos. Dever-se-ia estabelecer, em primeiro lugar, em que proporção pacientes do sexo masculino estariam interessados em tais grupos.

Quanto ao planejamento do tratamento, deve-se observar outro aspecto do problema sexual. Análise discriminante múltipla foi feita para identificar características que distinguiam, grandemente, pacientes de ambos os sexos, apresentados à avaliação. Função discriminante significativa baseada em fatores demográficos e da história da vida dos pacientes foi capaz de classificar corretamente 86% dos mesmos, de acordo com seus sexos. Mulheres tinham muito mais possibilidades do que homens de ser mais educadas, de ter sofrido menor número de prisões por envolvimento público com problemas relacionados às drogas; possuíam menores rendas legais e tinham modo de vida mais estável, tipicamente familiar. Os homens, por outro lado, eram mais velhos, com grau de educação menor, rendas mais altas, maior número de prisões, modo de vida menos estável e tinham pouco contato com suas famílias. Essas diferenças entre as populações masculina e feminina devem estar presentes quando do planejamento dos programas de tratamento.

C) Controle da Bebida

Os índices das Metas de Tratamento (Tabela 3) sugerem haver interesse pelo programa de Controle da Bebida. Entre as cinco primeiras metas, o Controle da Bebida esteve em evidência em 29% das vezes. "Eu quero aprender a controlar a bebida" classificou-se como a sétima opção. Certamente, nem todos os pacientes que mostraram interesse por esse programa satisfizeram os critérios de seleção, não tendo sido, por isso, incluídos.

O programa Controle da Bebida destina-se a pessoas que fazem uso indevido do álcool mas que não se degeneraram, são socialmente estáveis e não relatam história de envolvimento com os Alcoólatras Anônimos ou outros programas de tratamento. Para seu funcionamento, desenvolveram-se 10 critérios de seleção, que foram incluídos no questionário de admissão.

TABELA 5 — ITENS DO CONTROLE DO USO DA BEBIDA (62 PACIENTES ESTUDADOS)

1. Você já compareceu às reuniões dos AA em caráter regular?
SIM = 48% NÃO = 52%
2. Você concorda com a filosofia dos AA de que a abstinência é o único meio de recuperação?
SIM = 65% NÃO = 35%
3. Você acha que seria possível limitar seu hábito a poucas doses diárias?
SIM = 37% NÃO = 63%
4. Pelo que você bebe, você se considera alcoólatra?
SIM = 83% NÃO = 17%
5. Você acha que possui química biológica especial, desencadeadora da "perda de controle" que age quando você começa a beber?
SIM = 55% NÃO = 45%
6. Você acha que a bebida está causando sérios problemas (pelo menos um):
— em seu emprego?
— em casa, com a família?
— em seu relacionamento com amigos?
SIM = 83% NÃO = 17%
7. Nos últimos dois anos, qual foi o período mais longo durante o qual você permaneceu abstinente por vontade própria (i.e., sem estar preso ou internado para tratamento)?
3 meses ou menos = 72%
8. Nos últimos cinco anos, quantas vezes você participou de tratamento para problemas relacionados ao álcool em regime de **não-internação**?
2 vezes ou menos = 93%

9. Nos últimos cinco anos, quantas vezes você foi admitido para tratamentos para problemas relacionados ao álcool em regime de **internação**?

2 vezes ou menos = 85%

10. Nos últimos cinco anos, qual foi o total de meses que você dispensou em programas de tratamento de problemas relacionados ao álcool em regime de **internação**?

3 meses ou menos = 90%

De certa forma, os 10 itens constituem Escala do Controle da Bebida; os pacientes que obtêm número alto de pontos são os que têm maior probabilidade de sucesso quanto ao tratamento.

Os dez itens referidos e a porcentagem das respostas encontram-se na Tabela 5. Essas freqüências baseiam-se nas respostas fornecidas por 62 pacientes que citaram o álcool como **único problema**. O paciente consignava um ponto cada vez que respondesse:

a) **Não** aos itens 1, 2, 4 e 5.

b) **Sim** aos itens 3 e 6.

c) Dentro da variação especificada nos itens de 7 a 10.

Assim, o escore poderia variar de 0 a 10; número alto de pontos indicaria em que grau o paciente se enquadrava nos critérios de admissão.

O item 4 foi o critério mais rigoroso, uma vez que excluiu 83% dos pacientes (pois faria um ponto se respondesse **Não**) que se consideravam "alcoólatras". Devido às várias definições e conotações associadas ao termo "alcoólatra", dever-se-ia reconsiderar ou cancelar esse termo. Os nove itens restantes excluíram desde 7% (item 8) até 65% (item 2) dos pacientes. Os itens 8, 9 e 10 podem ser muito brandos como critérios, uma vez que só excluíam de 7 a 15% dos pacientes.

A distribuição **real** dos escores nessa escala variou de 2 a 10, com escore médio de 6,1 (desvio-padrão = 1,9%), i.e.:

N.º de pontos	Porcentagem
2	3,3
3	5,0
4	10,0
5	23,3
6	20,0
7	15,0
8	8,3
9	11,7
10	3,3

Isto é, dois pacientes (3,3%) satisfizeram aos 10 critérios. Se um critério fosse relaxado (p. ex. item 4), então 15% dos pacientes seriam escolhidos, enquanto 23,3% dos clientes satisfariam oito dos 10 critérios. Esta classificação sugere existência de número suficiente de candidatos. Resta saber se esses pacientes escolheriam Programa de Controle da Bebida como **primeira opção de tratamento**.

4.4 ALGUNS PROGRAMAS VIGENTES

4.4.1 Tratamento supressivo

Até há pouco, considerava-se que, no caso da heroína e de outras drogas do tipo morfínico, a supressão precoce era indispensável para assegurar ao máximo as possibilidades de cura; não obstante, reconhecia-se, também, que o risco de complicações (infecções, hepatite e subnutrição) exigia abstinência gradual. Alguns profissionais chegaram, inclusive, a reduzir todo o tratamento à simples supressão, prática infeliz sustentada também em relação à dependência ao álcool, barbitúricos e outras drogas. Ultimamente, supressão precoce foi desaconselhada, particularmente no caso de drogas do tipo opiáceo (morfina), recomendando-se retardá-la até que se tenha prestado devida assistência às condições profissionais e sociais do indivíduo e às suas motivações. Ao ser observado este critério, será necessário adotar medidas requeridas para estabilização da dose ingerida pelo paciente e, caso convenha, reduzi-la gradualmente. Deve-se reconhecer que supressão não é mais que um aspecto do programa de intervenção, podendo ser retardada caso haja indicação clínica.

No caso das substâncias que determinam dependência do tipo barbitúrico ou alcoólico, sustação brusca pode ter graves conseqüências (psicoses, estado epilético e insuficiência cardiovascular); uma vez que estas complicações podem ter desenlace fatal, ela deve ser feita com grande precaução, levando em conta os serviços médicos de urgência disponíveis. Em geral, no entanto, não existe razão para retardar a retirada destas drogas, especialmente quando seu consumo intenso tenha produzido no indivíduo incapacidade funcional total.

Supressão de fármacos estimulantes origina sintomas físicos escassos e de pequena importância. Entre os sintomas psicológicos, todavia, figura a depressão, que pode ser suficientemente grave a ponto de levar ao suicídio. Existe forma particular de depressão, caracterizada por apatia e astenia, que requer tratamento adequado. Dado que o corte de outras drogas também pode provocar síndromes similares, toda tentativa supressória de fármacos causadores de dependência deverá ser feita em regime de internação.

O Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde adverte que os farmacodependentes não recobram imediatamente seu estado normal após suspensão do fármaco. É precisamente nesta fase que os mesmos mais necessitam de conselhos e tratamento a longo prazo (frequentemente intensivo).

4.4.2 Tratamento de manutenção

Os médicos têm se esforçado para classificar seus objetivos terapêuticos em diversos graus: restabelecimento completo do doente, estagnação do desenvolvimento de dada enfermidade, alívio dos sintomas, prevenção de complicações e, por último, conforto do paciente quando não é possível fazer outra coisa. Não há, pois, nada de novo na idéia de prestar assistência médica parcial nos casos em que não se dispõe de tratamento plenamente eficaz.

A síndrome de abstinência relacionada à morfina, barbitúricos e outros tipos de drogas apresenta algumas características próprias de enfermidades crônicas recidivantes. No caso da dependência de tipo morfínico, objetivo ideal (restabelecimento completo) só é atingido em proporção muito pequena de pessoas e, comumente, após prolongados e heróicos esforços terapêuticos. Conseqüentemente, tem-se contentado com objetivos mais modestos.

O conceito de tratamento da dependência a uma droga, como heroína, mediante administração contínua de outra droga do mesmo tipo (metadona), foi submetido a estudo, a fim de que fosse determinado em que medida certos efeitos patológicos da dependência poderiam ser atenuados, sem se chegar, necessariamente, ao total restabelecimento.

Todos os métodos de substituição psicofarmacológica baseados na administração contínua de estupefacientes partem do princípio de que redução das conseqüências adversas da síndrome de abstinência é importante função dos organismos sanitários. Esta função foi abordada a partir de diferentes enfoques teóricos e empregando-se métodos diversos.

4.4.3 O "sistema britânico"

Até recentemente, dependência de drogas do tipo morfínico ou cocaínico evidenciava problema pouco relevante no Reino Unido, onde, em fins de 1962, não chegavam a 300 os casos conhecidos pelo Home Office (Ministério do Interior). O sistema de fiscalização anteriormente aplicado (errôneamente chamado por muitos de "método britânico"), aparentemente concebido para evitar a dependência, havia se revelado eficaz na ausência de grande demanda de drogas causadoras de dependência. No entanto (da mesma forma que em outros países), quando elas começaram a ser difundidas entre jovens, o sistema revelou-se insuficiente. Entre 1964 e 1967, o número de heroínômanos e cocainômanos conhecidos passou de 500 a 1.500, aproximadamente. Este aumento evidenciou claramente necessidade de se dar novo enfoque ao problema.

Pesquisa do Comitê Interdepartamental do Ministério do Interior e do Departamento de Sanidade daquele país revelou que pequeno número de médicos prescrevia doses excessivas de heroína e que esta era a principal via de acesso da droga às mãos de novos dependentes.

Baseado, em parte, na legislação promulgada subseqüentemente, o novo "sistema britânico" reconhece que o indivíduo necessita de tratamento e que a sociedade deve proteger sua própria saúde. Os principais objetivos e disposições adotados são os seguintes:

1. facilitar, dentro dos serviços sanitários, meios terapêuticos especiais para tratamento de farmacodependentes, em regime de hospitalização ou ambulatório;
2. exigir que todo paciente que deseja obter tais drogas se apresente a um dispensário, cada 15 dias, ou semanalmente (ou, inclusive, com maior freqüência, se assim exigir o médico), para que possa ser tratado,

avaliando-se as doses recebidas, com intuito de reduzir o risco de prescrições excessivas, promovendo relação regular médico-paciente que possa suscitar motivação para abstinência;

3. encomendar outros recursos aos serviços sociais centrais e às autoridades locais;

4. tentar reduzir, ao mínimo, tráfico ilícito destas drogas, mediante fornecimento legal das mesmas;

5. fiscalizar ação dos médicos, proibindo-os de prescrever heroína ou cocaína a pessoas dependentes, a menos que assim o exija tratamento de enfermidade orgânica;

6. restringir aos médicos especialmente autorizados pelo Ministério do Interior o direito de prescrever heroína ou cocaína a pessoas dependentes;

7. exigir que todo médico que tenha conhecimento de um caso de farmacodependência (de heroína, cocaína e algumas outras drogas) notifique ao Setor Sanitário do Ministério do Interior, a fim de que, a qualquer momento, se possa avaliar o alcance do problema, evitando-se que pacientes apelem a mais de um dispensário; e

8. evitar que se formem redes de traficantes, mediante adoção de medidas que reduzam necessidade de recorrer a fontes ilegais.

Para compreender razões deste enfoque, é preciso levar em conta que: a) a heroína é empregada no Reino Unido com fins terapêuticos, e b) pesquisa não evidenciou qualquer indício da presença de organização de tráfico ilícito destas drogas, fabricadas e distribuídas legalmente, e apenas às pessoas farmacodependentes em tratamento.

Desde a entrada em vigor desta legislação, tornaram-se muito menos freqüentes novos casos de dependência de heroína. No entanto, apenas pequena proporção de heroinômanos é capaz de sustentar-se normalmente; muitos tentam obtê-la (atualmente escassa) fora dos dispensários; detenções por delitos mais ou menos relacionados com este fármaco são correntes; complicações provocadas pelo uso de seringas não-esterilizadas são muito freqüentes, e a mortalidade, muito elevada. Além disso, são cada vez mais numerosas pessoas dependentes de metadona, algumas das quais jamais haviam se utilizado da heroína. A metadona ainda não foi submetida a regime de fiscalização análogo ao da heroína. Estes acontecimentos, aliados à expansão do consumo simultâneo de várias drogas, incitaram o Governo a promulgar lei sobre o abuso de fármacos (Misuse of Drugs Act), que concede poderes adicionais para fiscalizar tanto medicamentos quanto atuação dos médicos.

Esta maneira de abordar problema agudo foi concebida em contexto nacional, médico e social que, na atualidade, provavelmente, não é encontrado em outro país.

4.4.4 Emprego de metadona

Na América do Norte e algumas outras partes do mundo, tratamento de farmacodependência de tipo

morfínico, mediante substituição e ulterior administração contínua de metadona, empregado durante alguns anos, em grupos selecionados, permitiu alcançar, em grande medida, os objetivos visados: reduzir delinquência e consumo ilícito de drogas e melhorar adaptação social e profissional dos pacientes. No entanto, considerando que existem diferentes métodos de "tratamento mediante metadona", convém definir claramente este conceito. Alguns aspectos do plano já estão perfeitamente definidos, ao passo que muitos outros ainda encontram-se em fase experimental.

O tratamento de manutenção pela metadona, no sentido aqui empregado, consiste em administrá-la, diariamente, por via oral, sob supervisão médica, utilizando dosagem adequada para: evitar surgimento de sintomas de abstinência, reduzir ou suprimir desejo constante de ingerir drogas de tipo morfínico e, finalmente, estabelecer grau suficiente de tolerância, direta ou cruzada, que mitigue ou anule efeitos agudos destas drogas.

Entre os fatos já comprovados cabe citar:

1. grau de tolerância direta ou cruzada pode ser estabelecido e mantido sem sinais de efeitos adversos;

2. alguns indivíduos com dependência de tipo morfínico, mas não todos, aceitam este regime de tratamento e parecem renunciar, total ou parcialmente, à sua conduta delitativa, adaptando-se da maneira mais satisfatória ao meio social e profissional.

Pontos que permanecem na obscuridade:

1. características dos indivíduos, dependentes de morfina, dispostos a aceitar e prosseguir tratamento mediante metadona e medida da significação de certos fatores como idade, situação social, tempo de dependência e consumo de outras drogas;

2. influência da dificuldade de obter-se drogas (lícita ou ilícitamente) ao se inscrever no programa;

3. critérios básicos para administração de tratamento;

4. tendência em continuar consumindo a droga que originou dependência ou passar a outras, cujos efeitos não se modifiquem com metadona;

5. importância do comportamento anti-social ou da atividade delitativa, durante tratamento de manutenção por metadona, em diferentes condições sócio-culturais;

6. dosagem exata da metadona segundo casos e planos de tratamento;

7. outros fármacos em substituição à metadona;

8. confiabilidade dos dados colhidos;

9. medida em que contribuem para o bom resultado terapêutico os diversos elementos do plano de intervenção (por exemplo, a própria metadona, conselhos, apoio dos médicos e demais pacientes, serviços sociais, psicoterapia de grupo);

10. possibilidade de conseguir grau de reabilitação que permita prescindir da administração de metadona e circunstâncias relacionadas. Inversamente, poderia o tratamento mantido com metadona, uma vez

estabelecido, converter-se em modo de vida permanente e compatível com adaptação social?

Levando em conta que o tratamento com metadona consiste, na realidade, em manter dependência de tipo morfínico, tem-se sustentado que ele não deve ser aplicado, a menos que se comprove tratar-se de farmacodependente ativo. Caso isso não seja possível, tanto pelo fato de o paciente haver sido internado, quanto por qualquer outra razão, oferecem-se todas as possibilidades de permanecer na abstinência, ainda quando presentes antecedentes de dependência, com ciclos de tratamento e recaída, ou que exista grande probabilidade de que recidive quanto ao uso da droga. Encontra-se em andamento experiência, respeitante ao tratamento pela metadona, em indivíduos presos e em liberdade condicional, devidamente selecionados, com antecedentes de dependência de tipo morfínico e elevada probabilidade de recaída, para determinar, experimentalmente, em que medida esse tratamento impede que recidivem no consumo ilícito de drogas e nas conseqüentes formas de comportamento anti-social.

Dado que este tratamento requer participação de especialistas os mais diversos, somente instituições capazes de proporcionar **todos** os serviços necessários (p. ex., unidades médico-sociais) é que estão em condições de realizá-lo. Assim, pois, este método não se encontra ao alcance do médico particular que, evidentemente, não pode prestar toda a gama de serviços e cuidados indispensáveis. Outras aplicações desse método devem aguardar resultados de estudos mais amplos.

Observações

É impossível estabelecer comparações válidas entre "sistema britânico" de administração contínua de heroína e metadona e método de manutenção descrito, empregado nos Estados Unidos, uma vez que, tanto as populações tratadas, quanto os objetivos imediatos, métodos empregados, fatores sócio-culturais, exercício profissional médico e marco legislativo, têm características muito diferentes. Evidentemente, ambas as técnicas apresentam inconvenientes e nenhuma delas pretende oferecer tratamento eficaz para todos os casos. Vantagem do tratamento mediante administração de metadona é que o paciente abandona auto-injeção de fármacos, por via intravenosa, reduzindo destarte o risco de complicações devidas ao emprego de material mal esterilizado. Outra vantagem é que a metadona, caso utilizada corretamente, não produz sintomas subjetivos agudos.

Ambos, todavia, objetivam evitar ou limitar a possibilidade de que o dependente obtenha a droga por meios ilícitos: a) no tratamento com metadona não se permite ao paciente ingestão da droga fora do hospital, até que evidencie, claramente, sua decisão de adotar comportamento social aceitável e até que análises de urina demonstrem que, durante várias semanas, ele não tenha tomado qualquer droga, salvo as prescritas; b) o "sistema britânico" obriga o paciente a comparecer diariamente (exceto aos sábados e domingos) à farmá-

cia, para obter a dose de fármaco necessária para aquele dia.

Não se propôs, até o momento, qualquer plano de tratamento de apoio para dependentes de drogas de outro tipo; no entanto, alguns médicos aplicam este método em casos determinados, empregando doses estáveis de barbitúricos ou pequenas doses de anfetaminas, sempre e quando o estado funcional do indivíduo for normal em todos os demais aspectos. De momento, nada autoriza a generalizar a aplicação desta técnica aos grupos de fármacos anteriormente citados.

Deve-se ressaltar, ainda, que, em vários países, a livre prescrição destas drogas reflete-se em aumento dos casos de dependência. Assim, pois, não se deve empreender qualquer programa de tratamento contínuo com as mesmas, sem supervisão rigorosa por parte de pessoal competente, acompanhada de vigilância não menos restrita.

Em resumo, pode-se dizer que todo o cuidado é pouco em relação à aplicação do tratamento de manutenção aos consumidores esporádicos de drogas ou aos jovens que as consomem há pouco tempo. É preciso assinalar que, em pequeno número de países, proporciona-se ópio, através dos canais governamentais, a certos opiômanos inveterados. Faltam informações quanto ao impacto desta fórmula na utilização global de substâncias de tipo opiáceo (morfina) ou de outras drogas causadoras de dependência, naqueles países. A exemplo do tratamento de sustentação que acaba de ser descrito, são objetivos gerais deste último método "limitar o problema" e "reduzir, ao mínimo, tráfico ilícito de drogas".

4.4.5 Agentes de substituição, bloqueio e sensibilização

Estes três tipos de medicação são empregados, às vezes, no tratamento de dependentes. A metadona, analgésico narcótico sintético, é exemplo do primeiro tipo. Administrada por via oral, é mais eficaz e apresenta ação mais prolongada do que heroína e morfina, características que a tornam agente "de substituição" na manutenção de pessoas dependentes de narcóticos. O método acaba de ser descrito no tópico anterior.

Entre os agentes "de bloqueio", figuram certos antagonistas específicos das drogas de tipo morfínico, cujo emprego, para tratamento de pessoas dependentes de narcóticos, é procedimento relativamente recente. Nos indivíduos dependentes destas drogas, estes antagonistas desencadeiam fenômenos de abstinência; nos demais, tendem a bloquear os efeitos agudos destas drogas. Caso sejam regularmente administrados, contribuem para evitar aparecimento da dependência e reduzir, no consumidor eventual, o risco de sobredosagem fatal.

Ciclazocina, antagonista específico dos opiáceos, tem sido objeto de experiências clínicas, em heroínômanos. Este produto é eficaz por via oral, mas pode causar alguns efeitos secundários subjetivos, desagradáveis, sendo sua ação antagonista apenas de 24 horas.

Conseqüentemente, basta que o paciente omita uma única dose para que experimente os principais efeitos das drogas do tipo opiáceo (morfina).

A naloxona, outra antagonista, carece de efeitos secundários subjetivos, mas, para produzir efeito suficiente, por via oral, é preciso administrá-la em tal quantidade que seu preço se torna proibitivo; por outro lado, a duração do efeito não atinge as 24 horas.

A naltrexona, congênere da naloxona, é relativamente isenta de efeitos subjetivos e secundários. É eficaz por via oral, cerca de duas vezes mais potente que a naloxona, e de atividade mais duradoura. Bastam doses de 30 a 50 mg, por dia, para se obter o mesmo bloqueio que produziriam 3.000 mg de naloxona diários. A naltrexona, entretanto, é de ação menos duradoura que a ciclazocina. São promissores os estudos em andamento sobre possibilidade de se preparar este fármaco de maneira que uma única dose seja suficiente para várias semanas.

O número de indivíduos tratados com estes medicamentos é reduzido e, por outro lado, nenhum dos estudos publicados compreende avaliação adequada dos grupos-controle. Os agentes de bloqueio são de manipulação muito mais difícil do que a metadona e menos aceitáveis para os pacientes. Conforme já se mencionou, sua aplicação exige prévia supressão do estupefaciente, o que muitos heroínômanos não aceitam facilmente, ocorrendo que, às vezes, não se suprime por completo o desejo da droga.

Os antagonistas, não obstante, apresentam também certas vantagens. Uma vez que não produzem dependência de tipo opiáceo (morfina), podem ser administrados a pessoas que não se tenham tornado dependentes, ajudando-as, assim, a encerrar seus "experimentos"; sua supressão não provoca, automaticamente, reação de "busca" da droga, podendo efetuar-se quando se considere pouco provável que o paciente (consumidor regular ou ocasional) recidive. Ademais, ele fica livre da necessidade de tomar qualquer tipo de fármaco.

Na opinião de alguns clínicos, antagonistas podem adquirir grande importância no tratamento de certos casos; por exemplo, consumidores de drogas de tipo opiáceo (morfina) que ainda não dependem fisicamente, ou indivíduos que, por diversas razões, não se prestam a outras formas de tratamento. No entanto, enquanto não aparecerem preparados de ação mais prolongada, não parece provável que se aumente emprego dos antagonistas, atualmente disponíveis, nem que se reavive interesse por eles.

Recentemente, foram estudadas características das substâncias que se opõem à ação das anfetaminas e opiáceos. Infelizmente, estes trabalhos ainda encontram-se em fase preliminar e nada indica, até agora, que tais substâncias tenham alguma utilidade prática para tratamento das dependências correspondentes.

No campo dos agentes "sensibilizadores", disulfiram, por exemplo, é composto bem conhecido. Ingerido isoladamente, ou não provoca aparecimento de sintomas, ou provoca-os em pequeno número. No

entanto, altera de tal forma o metabolismo que a ingestão de álcool por pessoa que tenha ingerido anteriormente disulfiram é seguida, em poucos minutos, de síndrome caracterizada por náuseas, vômitos, ruborização e hipotensão, ansiedade e palpitações. Esta medicação pode ser prescrita como tratamento de dissuasão para indivíduos dispostos a renunciar ao álcool.

4.4.6 Comunidades autônomas

Já foi feita alusão à utilidade das "comunidades terapêuticas" no tratamento psiquiátrico. Esta técnica, mais ou menos modificada, tem sido empregada em situações muito diversas, entre elas escolas, universidades e estabelecimentos penitenciários ou de outro tipo, dedicados a modificar condutas inaceitáveis. As técnicas empregadas foram adaptadas para uso nas comunidades autônomas, criadas para o tratamento de toxicômanos. A organização precursora nesta área (Synanon, Califórnia) foi fundada em 1958; desde então, foram estabelecidas muitas outras, entre elas Daytop Village e as Phoenix Houses, nos Estados Unidos e outros países.

Este programa de intervenção baseia-se na hipótese de que consumo de drogas é sintoma de transtorno caracterológico ou de imaturidade afetiva subjacente, tendo por objetivo principal reestruturação do caráter.

Os membros recém-admitidos ocupam-se dos trabalhos mais servis e, pouco a pouco, se lhes oferece oportunidades de escalar posições de crescente prestígio social, com maiores responsabilidades e privilégios. Consumo de drogas e violência física são rigorosamente proibidos.

Esta estrutura orgânica permite à comunidade reforçar, quase imediatamente, todo tipo de comportamento aceitável. A maior parte dessas comunidades estabelece sanções, inclusive expulsão, para castigar certas formas de conduta inadmissíveis. Ainda assim, exige-se, com freqüência, tipo especial de interação de grupo, fundada no fato de todos os membros estarem dispostos a ser francos e a expor suas atitudes e formas de comportamento inaceitáveis a uma crítica verbal impiedosa, dura e agressiva; mas, ao mesmo tempo, os membros encontram clima de afeto e solicitude que seria difícil reproduzir fora da situação residencial. Este tipo de procedimento, no entanto, não é aplicável a todas as culturas.

Existem inúmeras variantes, tanto na aplicação desta técnica, quanto nas dimensões e ambiente físico de cada comunidade. O pessoal (administrativo, clínico e de serviços gerais) é composto de antigos dependentes ou alcoólatras que já passaram por comunidade deste tipo. Em alguns programas cooperam, ainda, diversos profissionais, como psiquiatras, outros médicos, psicólogos e assistentes sociais, enquanto, em outros, refuta-se abertamente tal cooperação, por considerar que somente um antigo dependente está em condições de compreender o problema ou de prestar qualquer forma de ajuda.

À medida que se vai acumulando experiência, vê-se claramente que a maioria destas comunidades exerce atrativo tão-somente limitado sobre pacientes. Calcula-se que ingressam na comunidade cerca de dois terços dos que estabelecem contatos com ela (que, por sua vez, constituem grupo pequeno auto-selecionado) e que, provavelmente, apenas a metade ou um terço destes continue a residência ao final de poucos meses, enquanto o restante tê-la-á abandonado sem autorização. Não se sabe se os que saem voltam ao consumo de drogas, ainda que se admita que isso ocorra. A convalescença, a longo prazo, limita-se provavelmente, a menos de um terço dos indivíduos que, inicialmente, haviam estabelecido contato com a comunidade.

Não se sabe, tampouco, se este tipo de intervenção produz mudança de caráter; os demais métodos de tratamento dos transtornos caracterológicos também não suscitam modificações importantes. A maior parte dos antigos dependentes "com alta clínica" passa a fazer parte do pessoal das colônias em que foram tratados ou de outras instituições que empregam métodos análogos. O tratamento farmacológico da dependência de tipo morfínico pode ser solução alternativa; infelizmente, não acontece o mesmo no caso da dependência do tipo anfetamínico e barbitúrico. Além do mais, ainda que a única vantagem de tais comunidades seja proporcionar ambiente de vida normal, a sociedade já se beneficia enormemente, a partir do momento em que a maior parte destas pessoas deixa de consumir ilícitamente drogas ou de cometer atos anti-sociais. Este programa serve, também, para demonstrar que antigos dependentes podem, em certos casos, conviver no seio de uma sociedade ordenada e estruturada.

Cabe perguntar se esta fórmula é aplicável a outros países, além dos Estados Unidos ou Canadá. Em certas zonas, contexto sócio-cultural impede toda e qualquer discussão a respeito dos membros da família, ou se opõe ao uso das técnicas de grupo, enquanto que, em outras, não proporciona motivações que incitem à busca de auxílio.

4.4.7 Caráter obrigatório do tratamento

Conceito de obrigatoriedade não é novo no campo da Saúde Pública. Tratamento obrigatório ou quarentena de todos os indivíduos com doença contagiosa, ou a ela expostos, é princípio firmemente estabelecido em todo o mundo.

Também no terreno da saúde mental está bem assentada a noção de tratamento obrigatório, apesar de

que ainda se discutam alguns destes aspectos, particularmente seu alcance e necessidade real de seu emprego. Internamento com fins terapêuticos pode ser justificado quando se considera o enfermo perigoso para os demais ou para si mesmo. Tratamento obrigatório (com ou sem internamento) também se justifica quando a enfermidade impede o paciente de decidir, racionalmente, sobre necessidade ou não de tratamento.

No caso da farmacodependência, a obrigatoriedade pode ter três objetivos:

1. administrar programas de intervenção ou medidas de assistência que o indivíduo refuta, ou tipo de tratamento diferente dos que ele prefere;

2. por em prática o princípio da quarentena, considerando o dependente qual portador de enfermidade transmissível e que ameaça seriamente a saúde da comunidade (quarentena só é aceitável do ponto de vista da Saúde Pública quando ao enfermo forem oferecidos todos os meios de tratamento possíveis);

3. impor notificação obrigatória dos casos de farmacodependência, da maneira como já se faz em relação a outras enfermidades transmissíveis (esta disposição não acarreta, evidentemente, tratamento obrigatório, e sim, simples medida epidemiológica).

Dados clínicos não parecem ser suficientes para aprovar ou reprovar as diversas modalidades de tratamento obrigatório; o que releva considerar, após enorme experiência obtida, é que retenção obrigatória não se mostra, por si só, benéfica.

Tendo em vista que numerosos países encarceram os dependentes que cometem atos delitivos, expressa-se desejo de que o conceito de farmacodependência, como alteração da saúde, penetre nos meios penitenciários, a fim de facilitar tratamento de pessoas afetadas. Em particular, recomenda-se estabelecimento de centros-piloto, dotados de pessoal competente e programas de avaliação incorporados, com objetivo de aprimorar conhecimento neste setor.

Nos países onde se utiliza tratamento obrigatório, conviria prever traslado do indivíduo dos estabelecimentos penitenciários aos serviços sanitários, ou de outro tipo, assegurando, assim, ministração de tratamento apropriado.

Existem fortes razões em favor da notificação obrigatória dos farmacodependentes às autoridades sanitárias, sempre que a identidade dos interessados não seja revelada. Eventual violação do sigilo poderia comprometer o êxito de qualquer tentativa de tratamento.

Prevenção

5.1 CONTROLES SOCIAIS

Segundo Mannheim, “cada sociedade tem um sistema diferente de controle ou pelo menos dá ênfase a diferentes controles que podem ser manipulados a partir de diferentes posições-chave”. Diferentes formas de controle são os costumes, os hábitos, estilos de vida, práticas religiosas, tradições, convenções sociais, lei, programas educativos e outros mais. Como já se disse, trata-se de processos sociais que operam em dupla e simultânea dimensão: pela exigência de consenso e pela coerção. Becker afirma que “os controles sociais afetam a conduta individual, em primeiro lugar, através do uso do poder, da aplicação de sanções. A conduta positivamente valorizada é premiada, enquanto que a valorizada negativamente é castigada. Seria difícil manter o controle se sempre se necessitasse recorrer à imposição, de modo que surgem então outros mecanismos mais sutis que cumprem a mesma função”. No caso das sociedades sul-americanas, há que se considerar formas de controle social, como a família, as tradições culturais — entre estas, a tradicional divisão de trabalho entre o homem e a mulher —, a presença da Igreja Católica, os contatos internacionais e o próprio caráter e natureza da lei.

No plano da realidade concreta, observa-se, no entanto, que coerção e consenso são exigências que tanto podem ser formuladas em termos de objetivos, meios e fins, quanto em termos predominantemente morais. Há, nesta perspectiva, tipos diferenciais de racionalidade, cuja eficácia busca prever ocorrências consideradas desajustes da vida social. Nesse plano se inserem os controles sociais formais e os controles sociais informais.

5.1.1 Controles Sociais Formais

O que distingue os controles sociais formais de outras formas de controle é seu caráter universalista abstrato e institucionalizado. Seus objetivos são concebidos como universais em determinada sociedade e aplicados com o mesmo grau de imposição e sanção, independentemente do grupo, classe, aspecto étnico

ou diferenças sociais. No caso do Direito e da Lei, esses controles — diferentemente dos programas preventivos e educacionais — surgem como mecanismos de conciliação entre grupos e situações. Seu caráter institucionalizado decorre da circunstância de que são elaborados e formulados por mecanismos formais, tais como os corpos legislativos, comissões e conselhos. Dentro do aspecto da saúde pública, constituem exemplos de controles sociais formais as medidas provenientes de órgãos como o CO.NA.TO.N (Comisión Nacional de Toxicomanias y Narcóticos) da Argentina e a Junta de Vigilancia de Drogas Estupefacientes da Costa Rica.

No caso específico da Lei, têm-se suscitado questões em torno da sua eficácia como forma de controle social. O impacto promovido pela diferenciação social sobre as normas e valores sociais traz como consequência inevitável o desajuste entre o Direito Penal e a realidade de uma sociedade determinada. “A falta de efetividade e funcionalidade da lei pode ilustrar-se pelo aumento na forma de incidência dos crimes, a delinquência e outros problemas sociais importantes como reincidência, alcoolismo, dependência a drogas, abuso no consumo de substâncias de uso médico, suicídio, violência e enfermidades mentais”.

No que concerne às farmacodependências, observa-se que os controles sociais formais apresentam como característica típica sua concretização na realidade social, em três dimensões: a do tratamento, a da prevenção e a da repressão.

Busca-se concretizar o ideal de “ortopedia social”, no plano do tratamento, isto é, trata-se de uma forma de controle formal cuja finalidade consiste em “corrigir os indivíduos”, removendo-os da esfera da “anormalidade” para a esfera da “normalidade”. O cumprimento da pena aplicada, tanto a usuários de drogas, quanto a traficantes, e as práticas e terapias profiláticas constituem exemplos de tratamento.

No caso da prevenção, configura finalidade dessa forma de controle formal a preservação do padrão de normalidade de saúde pública. Nesse sentido se

inserir os programas educativos destinados não somente a criar hábitos de higiene no interior da população, como também modificar atitudes relativamente à permissividade e tolerância no abuso de álcool e de outros medicamentos e drogas de uso médico e de uso não medicamentoso. A esse respeito, veja-se: "a eficácia dos programas de educação não foi todavia avaliada adequadamente. As avaliações preliminares indicam uma redução de alguns tipos de comportamento relacionados com o uso de drogas e, em alguns casos, uma redução ou cessação concomitante do uso de drogas. A educação não tem um efeito imediato: não atua como uma injeção. No entanto, a educação sobre drogas que tem em conta os conhecimentos existentes sobre aprendizagem, motivação, crescimento e desenvolvimento, comunicação, comportamento desviado destruidor e antropologia cultural, dá, no geral, os resultados desejados. É preciso ensaiá-la e avaliá-la em diversos meios e com grupos de diferentes tipos, se bem que não se possa esperar que influencie favoravelmente sobre o comportamento de todos aqueles aos quais se pretende chegar, especialmente aos que já sofrem problemas relacionados com a dependência".

Constitui finalidade última da repressão, enquanto forma de controle social formal, impedir ou reduzir a disponibilidade de drogas, mediante programa de ação que recai sobre a fiscalização do cultivo, produção, fabricação e distribuição de drogas de uso lícito ou ilícito. Aqui se inserem a ação policial e a ação da Justiça, cuja intensidade e caráter variam, via de regra, segundo o tipo de droga e segundo a região geográfica. Esse aspecto é importante, sobretudo, se consideradas as características sul-americanas de produção, fabricação, distribuição e consumo de álcool e determinadas drogas. Exemplo interessante da eficácia dessa forma de controle social é descrito por Becker: "Em nosso país (Estados Unidos da América), numerosas e potentes forças atuam para controlar o uso de marihuana. O ato é ilegal e sancionável com severas penas. Sua ilegalidade faz com que o acesso à droga seja difícil, colocando obstáculos imediatos no caminho de qualquer pessoa que deseje usá-la. O próprio uso pode ser perigoso, já que sempre é possível que suas conseqüências sejam a prisão e o encarceramento".

Conjugados, esses três aspectos agem no sentido de controlar a disponibilidade e oferta do produto, o tratamento e recuperação do usuário e o controle do uso e abuso de drogas. Veja-se, a respeito: "as leis e regulamentos podem ter os objetivos seguintes: limitar a disponibilidade de drogas que causam dependência; autorizar ou fomentar a organização de meios e serviços de tratamento, correção e repressão; estabelecer o tratamento obrigatório das pessoas que tomam drogas causadoras de dependência de modo destruidor ou ilícito; castigar as pessoas pelo uso de drogas ou por atos estreitamente relacionados com esse uso (por exemplo, o porte de drogas ou sua venda, em quantidades, inclusive, pequenas); sancionar ou submeter à quarentena os indivíduos que se dedicam ao tráfico de drogas; e dissuadir outros do consumo ou tráfico desses produtos".

Cumpra observar, no entanto, que a racionalidade e lógica dos controles sociais formais consiste numa modalidade de eficácia na realidade concreta, cuja prática atua sobre as conseqüências do fenômeno do uso de drogas e não sobre suas causas ou origens. É justamente nesse sentido que sublinho Bergalli: "Sucede, às vezes, que o controle social e, mais concretamente, aquele que reveste formas e modalidades jurídicas visa eliminar conseqüências e inclusive sintomas, sem, no entanto, enfrentar decididamente suas causas e aqueles outros elementos que, de alguma forma, estão em sua origem. Isso até resulta contraproducente quando, ao surgirem manifestações de tipo sintomático, chega-se a deformar o mecanismo que, de outra forma, teria funcionado de modo mais fluente e com maior naturalidade no âmbito social. Tanto assim com relação ao Direito como forma de controle social que não fica desligado das diversas modalidades de que tal controle possa alcançar (controle por sugestão ou propaganda, pela fé, por ideais sociais, pela simples força), como tampouco está o tipo de organização e vida política que adota a comunidade".

5.1.2 Controles Sociais Informais

Simultaneamente ao funcionamento dos controles sociais formais, operam os controles sociais informais. Esses últimos se distinguem de outras formas de controle porque seu campo de ação circunscreve-se ao plano da moralidade. Na realidade social, esses tipos de controle concretizam-se por intermédio de atitudes orientadas pela crença consciente em valores éticos, estéticos, religiosos ou quaisquer outros, cujo efeito consiste em reprimir ou reforçar determinadas formas de comportamento concebidas como desejáveis ou indesejáveis, do ponto de vista da organização social e política dominante em dada sociedade. Exemplo típico dessa forma de controle é representado pela carreira moral de categorias estigmatizadas. A esse respeito, curiosas informações sobre a carreira moral do doente mental, demonstrando a ambigüidade das instituições no controle da identidade social dessas categorias da vida social, são descritas por Goffman.

De modo geral, algumas concepções de teor notadamente moral incidem sobre o consumo de drogas e sobre a figura do usuário ou consumidor, como os estereótipos do alcoólatra decaído ou do "adicto" de substâncias alucinógenas. Oportuna, no caso, a observação de Becker: "Outro meio pelo qual se controla o consumo de 'marihuana' são as noções convencionais morais. Os imperativos morais básicos que atuam nesse caso são os que requerem que o indivíduo seja responsável pelo seu próprio bem-estar e capaz de controlar sua conduta racionalmente. O estereótipo do 'adicto' de drogas representa uma pessoa que viola esses imperativos. (...) A pessoa que leva a sério esse estereótipo depara com um obstáculo para poder consumir drogas. (...) Não começará, continuará ou aumentará seu consumo de 'marihuana' a menos que possa neutralizar sua sensibilidade frente a este estereótipo, aceitando uma alternativa desta prática. Caso contrário, condenará a si mesmo, da mesma forma que o faria a maioria dos membros da sociedade, como a um desviado, estranho ao grupo, um marginal".

Resulta, portanto, significativo observar que a legitimidade dessa forma de controle social repousa tanto no seu caráter não institucionalizado (no sentido anteriormente utilizado), quanto na sua natureza ética, propriamente dita. Nesse sentido, mediante a configuração de atitudes e imagens em direção à figura do usuário de drogas, os controles sociais informais operam, sobretudo, no plano dos padrões de consumo, impondo àqueles limites significativos, os quais promovem atitudes favoráveis ou desfavoráveis, positivas ou negativas, relativamente a esse fenômeno.

5.2 PREVENÇÃO FORMAL DO USO INDEVIDO DE FÁRMACOS

Prevenção formal do uso indevido de fármacos pode ser encarada sob três níveis: (a) prevenção primária; (b) prevenção secundária e (c) prevenção terciária.

Prevenção primária, neste campo, tem por escopo evitar aparecimento do fenômeno de uso indevido de fármacos, ou reduzir, tanto quanto possível, seu índice. O sucesso deste nível de prevenção pode ser avaliado na razão inversa da incidência, isto é, do número de casos novos que se detectam num determinado período.

Nesta parte, tratar-se-á unicamente da prevenção primária, porquanto já se dissertou sobre a secundária — que visa à detecção e ao tratamento do indivíduo que se “desviou” — e a terciária — que trata da recuperação do indivíduo que se envolveu com uso indevido de droga.

No Brasil, atualmente, o instrumento de prevenção formal primária por excelência é a lei.

Sabe-se que esta forma de controle legal pode visar à imposição de restrições parciais ou ao desaparecimento total da droga incriminada.

No País, a filosofia da lei está basicamente fundada na idéia de impor restrição total ao uso não-médico de drogas, consoante se depreende do conteúdo do artigo 1.º, da Lei n.º 6.368, de 21/10/76, a saber: “É dever de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica.”

Princípios básicos do programa de prevenção primária, secundária e terciária do uso indevido de fármacos encontram-se estabelecidos na lei aludida e em seu respectivo regulamento, Decreto n.º 78.992, de 21/12/76. Formas de controle administrativo, porém, encontram-se estabelecidas, de maneira esparsa, em outros dispositivos legais, considerados mais adiante.

Princípios básicos, estabelecidos em lei, esbarram, na prática, em algumas dificuldades. Não é sem motivo que Cameron entende ser possível, através da lei e sua aplicação adequada, controlar produção lícita e distribuição de certas drogas. Não considera possível, todavia, controlar produção e distribuição ilícitas. Na melhor das hipóteses, entende possível apenas tentar suprimir tais atividades.

Por outro lado, sugere Cameron, o desenvolvimento crescente do uso indevido de droga conduz, com toda a probabilidade, ao surgimento de fontes de mercado negro das mesmas drogas, uma vez adotadas providências formais para controlá-las. Em vista disso,

aponta para a necessidade de tentar prevenir desenvolvimento de tal demanda, criando-se controle eficaz sobre as drogas antes que o problema do uso indevido se dissemine.

Não resta dúvida, porém, quanto à importância que se deve dar à prevenção formal e, mais especificamente, à prevenção primária. No entanto, esta forma de controle legal exige cuidados especiais. Controle legal pode envolver dois níveis: controle administrativo e controle penal.

5.2.1 Esfera administrativa

O controle administrativo visa resguardar substâncias controladas do uso indevido atual ou potencial, por meio de sistema de licenças, registros e relatórios.

Ao traçar as linhas gerais da prevenção, entretanto, deve-se atentar para o fato de que controles administrativos não devem criar obstáculos desnecessários, que dificultem a disponibilidade das drogas para uso médico. Surge, então, a questão de se planejar procedimentos de controle, sem desencorajar o acesso às drogas quando necessário, prescritas que sejam por médicos. É certamente desejável que drogas úteis estejam disponíveis, sem dificuldades desnecessárias, para os que dela necessitam.

Exemplo extremo é citado por Lande, segundo o qual algumas farmácias na Grécia recusaram-se a manter drogas narcóticas para comercialização, porque consideravam trabalhoso demais atender às exigências do controle rigoroso imposto sobre elas no país.

Certamente, sistema equilibrado de controle não resultará em conseqüências tão extremas, muito embora não se deva deixar de considerar o problema também sob este enfoque, ao lidar com o assunto.

Lande sugere, ainda, não esquecer que, eventualmente, diante do sucesso do controle, algumas drogas tornam-se inacessíveis para uso ilícito e, em conseqüência, parcela considerável de dependentes muda para outras substâncias mais acessíveis.

Este fato reforça a necessidade de se adotar, nas políticas de controle, medidas que visem com maior rigor drogas consideradas mais perigosas, relevando para plano secundário o controle sobre drogas consideradas menos perigosas para a saúde pública.

Trata-se, fundamentalmente, de estabelecer prioridades no setor de controles administrativos, tendo em vista eventuais conseqüências prejudiciais de certos tipos de fármacos, quando usados de forma indevida.

Desta maneira, é aconselhável adotar padrões mais elevados para licenciamento de fabricação e comercialização de drogas altamente perigosas, do que em relação a outras substâncias controladas. Da mesma forma, a diferenciação do controle das prescrições médicas e de seu respectivo registro pelas farmácias, conforme o grau de perigo oferecido pela droga controlada, constitui boa política, pois evita trabalho excessivo nos casos de drogas de efeitos menos relevantes.

Controles administrativos impostos pela lei pouco valem, entretanto, se não são suplementados por adequada fiscalização.

Enquanto persistir dificuldade material e pessoal em número insuficiente para realizar a tarefa de fiscalização em todos os estabelecimentos farmacêuticos, laboratoriais ou fabris, é possível estabelecer o sistema de inspeção por sorteio. Assim, cada estabelecimento terá a mesma probabilidade de ser visitado e fiscalizado, em data não comunicada, independente do número de funcionários de controle disponíveis para a região.

Para maior eficácia do controle administrativo, porém, impõe-se criação de órgão central, em cada região, que se encarregue do controle do uso indevido de drogas e da reunião de todos os registros referentes às diversas fases percorridas licitamente pela droga, desde sua origem, até sua chegada ao consumidor, a quem a substância foi prescrita pelo médico. Na impossibilidade de eleger-se órgão central com esta atribuição específica de controle, poderia ser viável atribuir a determinado órgão já existente, autoridade para exercer funções de coordenação de trabalho de diversos órgãos lidando com aspectos particulares do controle.

A fim de possibilitar avaliação da eficácia dos controles, registros devem conter dados que possibilitem diagnosticar a existência de algum problema de uso indevido e a extensão do mesmo, fornecendo constante "feed-back" do resultado.

Entre os objetivos visados pela lei, encontra-se o de limitar a disponibilidade de drogas causadoras de dependência, aspecto esse relevante para combate do seu uso indevido.

À luz da Lei n.º 6.368, a limitação da disponibilidade deve ser buscada nas diferentes fases do fluxo da droga, a partir do cultivo, ou ingresso no país, passando pela produção e chegando até a circulação, todas anteriores à etapa do seu consumo pelo usuário indevido.

Quanto ao cultivo, o artigo 2.º, da Lei n.º 6.368, proíbe expressamente as formas possíveis de crescimento de plantas das quais possam ser extraídas substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica. Estas incluem o plantio, cultura, colheita e exploração, por particulares, de tais plantas. Em outras palavras, procura a lei impedir o aparecimento destas substâncias em sua forma original, através da proibição.

A lei não determina a quem compete a tarefa específica de fiscalizar a existência destas irregularidades, embora preveja para os casos de transgressão, sob o § 1.º do mesmo dispositivo, a destruição dessas plantas pela autoridade competente, no caso, a policial. Ademais, artigo 3.º, do Decreto n.º 78.992, estabelece que, nesta tarefa de destruição das plantas nativas ou cultivadas, poderão cooperar autoridades civis e militares da União, a pedido do Ministério da Justiça, além de órgãos estaduais com os quais o Ministério da Justiça firmar convênios.

Dever-se-ia considerar importante a contribuição que poderiam prestar funcionários do Ministério da Agricultura e das Secretarias da Agricultura, na detecção de tais cultivos ilegais e cuja atividade, nesta área, não está explicitada pela lei.

Constitui, porém, exceção à regra geral de proibição, cultivo dessas plantas com fins terapêuticos ou científicos, mediante outorga da respectiva licença pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (SNFMF), uma vez comprovado o objetivo da extração ou exploração dos princípios ativos das plantas, para fins terapêuticos ou científicos.

Observa-se, claramente, necessidade de implementar as atividades do referido órgão do Ministério da Saúde, por exercer posição-chave no processo de concessão de licenças para cultivo dessas plantas. Constitui, ademais, atribuição deste mesmo órgão fiscalizar o estrito cumprimento da autorização constante da licença.

Quanto ao ingresso no país, o Decreto-lei n.º 891 (de 21/11/38) estabelece dois grupos de entorpecentes e determina obrigatoriedade de licença da Seção de Fiscalização do Exercício Profissional do Departamento Nacional de Saúde, com visto do órgão policial competente, relativamente à importação de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência.

No que se refere à saída do país, nos termos do Decreto-lei n.º 891, constitui atribuição da mesma Seção de Fiscalização do Exercício Profissional, do Departamento Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, autorizar às drogarias, laboratórios, farmácias e estabelecimentos fabris a exportação ou re-exportação de entorpecentes, determinando o respectivo procedimento.

É ao Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, que compete, por sua vez, por força do Decreto n.º 78.992, de 1976, autorizar licença especial para o trânsito pelo território nacional destas substâncias sujeitas ao controle legal específico. A solicitação deve ser formulada por intermédio dos representantes diplomáticos ou dos agentes consulares do país ao qual as drogas se destinam, junto ao Ministério das Relações Exteriores. Cópia desta licença é destinada a órgão competente do Ministério da Fazenda, permanecendo o original em poder do interessado.

Com referência à produção de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica, a Lei n.º 6.368 atribui ao Ministério da Saúde competência privativa para baixar instruções de caráter geral ou especial sobre proibição, limitação, fiscalização e controle.

Cabe ressaltar a determinação contida na Portaria n.º 275-GB (de 22/09/70), do Sr. Ministro da Saúde, que aprova o Regimento do Laboratório Central do Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos, do Ministério da Saúde. Entre outras atribuições, este órgão deve colaborar com Comissões do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e laboratórios federais e estaduais congêneres.

Merece destaque o artigo 26, da referida Portaria Ministerial, que faculta ao Diretor do Laboratório referido propor à Divisão Nacional de Fiscalização modificação das fórmulas de especialidades nas quais conhecimentos científicos atualizados venham provar inatividade ou dano para a Saúde Pública, mesmo dentro do prazo de validade da respectiva licença.

Observa-se aqui previsão de flexibilidade necessária às normas legais relativas a drogas em função dos resultados das pesquisas científicas.

Tratados internacionais comprometem os países a limitar fornecimentos de narcóticos de fabricação e/ou importação às quantidades necessárias, exclusivamente, para objetivos médicos ou científicos. Ressalta Lande que estas quantidades são computadas com base em estimativas fornecidas, anualmente, pelos países quanto às necessidades de drogas narcóticas para fins médicos e científicos. Com finalidade de executar este sistema de limitação quantitativa, cada país deve estabelecer quotas para seus fabricantes e/ou importadores. Este sistema de restrição provou ser útil em prevenir desvio de drogas narcóticas de canais lícitos para ilícitos, especialmente nos primeiros anos de sua aplicação.

Por outro lado, aplicando-se o sistema de quota, é aconselhável que se mantenha reduzido o número de fabricantes e/ou importadores de substâncias sob fiscalização, para melhor cumprimento do controle. Sugere Lande que tal política cria interesse, por parte das próprias empresas licenciadas, quanto ao funcionamento eficaz do controle, por serem portadoras do privilégio. O número de empresas, entretanto, deve ser suficientemente reduzido para criar esta situação, muito embora deva ser adequadamente amplo para manter a necessária competição. Com efeito, esta última torna-se essencial para estimular pesquisas com o objetivo de descobrir drogas melhores, devendo a política de saúde nacional encorajar sua realização.

No País, Decreto-lei n.º 753, de 11/08/69, "dispõe sobre a fiscalização dos laboratórios que produzem ou manipulam substâncias ou produtos entorpecentes e equiparados, das firmas distribuidoras ou depositárias. Esta tarefa é atribuída ao Departamento de Polícia Federal, através do Serviço de Repressão a Tóxicos e Entorpecentes, além das autoridades sanitárias, como SNFMMF e órgãos congêneres nos Estados e Territórios".

No que se refere à circulação, Decreto n.º 78.992 baixou proibição expressa quanto à distribuição de amostras para propaganda de substâncias entorpecentes ou que determinem dependência física ou psíquica e das especialidades farmacêuticas que as contenham. Esta proibição inclui também distribuição de amostras aos próprios médicos, dentistas, veterinários e farmacêuticos.

Referido artigo 13, supra, revogou, assim, Portaria n.º 34, do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia (de 21/10/69), que estabelecia requisitos para apresentação pelos laboratórios fabricantes de pedido para aprovação anual do "Plano de distribuição de amostras" de especialidades farmacêuticas equiparadas a entorpecentes.

Desta maneira, reduziu-se a necessidade de controle administrativo sobre parcela de medicamentos, destinados à promoção junto à classe de profissionais da área de saúde. Ademais, constituiu medida que visou desestimular a indicação, por estes profissionais, do uso de substâncias controladas diante da maior dificuldade de acesso imposta.

O sistema de promoção junto aos profissionais da área médica ficou, por outro lado, limitado à propaganda em revistas ou publicações técnico-científicas, de circulação restrita a esses profissionais.

Decreto n.º 78.992 impôs aos médicos, dentistas e farmacêuticos o dever de observarem, rigorosamente, preceitos legais e regulamentares sobre prescrição de substâncias entorpecentes ou afins.

Em verdade, procurou o legislador envolver estes profissionais, de forma mais abrangente, na tarefa de controle do fluxo da droga.

Contribuição de grande importância poderia ser, aqui, prestada pelos órgãos de classe, implicando a prevenção formal. Consistiria em coletar dados relativos às prescrições desses medicamentos, pelos profissionais sob sua jurisdição, assim como realizar tarefas de inspeção, visando ao cumprimento das exigências administrativas, bem como orientar quanto às dúvidas que, eventualmente, surgissem a respeito do procedimento a ser adotado pelo profissional. O caráter dessa inspeção seria de assistência ao profissional, tendo em vista artigo 15, da Lei n.º 6.368, que estabelece responsabilidade penal no caso de prescrição ou administração culposa de dose evidentemente maior do que a necessária ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar.

Artigo 18, do Decreto n.º 78.992, determina, ainda, que se apresente em letra destacada, em toda receita, bula, rótulo e embalagem de especialidade farmacêutica que contenha substância entorpecente ou que determine dependência física ou psíquica, a expressão: "ATENÇÃO — PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA".

Posteriormente, Decreto n.º 79.094, de 05/01/77, regulamentando o sistema de vigilância sanitária de medicamentos, insumos farmacêuticos, drogas, correlatos, cosméticos, produtos de higiene, saneantes e outros, introduzido pela Lei n.º 6.360, de 23/09/76, estabelece exigências especiais para rótulos e bulas de medicamentos, cuja composição contenha substância entorpecente. Sob artigo 99, exige que se indique, nos rótulos e bulas, denominação comum da substância, assim como sua dosagem.

Por outro lado, atividade de vigilância sanitária com relação a estas drogas, contendo substância entorpecente ou assemelhada, é atribuída pelo Decreto n.º 79/094, supra, no plano federal, ao Ministério da Saúde, através dos seguintes órgãos (art. 161):

- a) Laboratório Central de Controle de Drogas, Medicamentos e Alimentos, com funções técnicas de controle e normativo;
- b) Órgão de Fiscalização de Entorpecentes, com funções de caráter normativo, destinadas a aprovar o emprego ou utilização de substâncias entorpecentes ou psicotrópicos, e exercer as demais atribuições previstas em Lei.

No que se refere à comercialização destas drogas, sujeitas a controle específico, Portaria n.º 26, de 26-07-74, do Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, aprova duas listas — uma refe-

rente a substâncias, e outra a especialidades farmacêuticas — a exigirem controle rigoroso pelo farmacêutico ou responsável pelo estabelecimento. Seus dispositivos retroagem, também, para as especialidades farmacêuticas incluídas na Resolução n.º 2, da Portaria n.º 5, de 20/01/69. As medidas de controle que determina referem-se a receitas, escrituração e padronização de embalagem. Estabelece obrigatoriedade de retenção das receitas pelas farmácias ou drogarias e designa procedimento para casos de emergência e prescrição hospitalar, e para uso em pesquisa ou atividade de ensino.

Por sua vez, Portaria n.º 18, de 28/09/73, do SNFMM, baixa instruções relativas à fiscalização e controle das substâncias que determinam dependência física ou psíquica e das especialidades que as contenham, apresentando cinco listas e respectivas normas relativas a receituário, compra, venda, devolução, embalagem e escrituração. Em especial, prescreve o uso em Medicina das drogas arroladas na Lista n.º 1 e determina sua exclusão das especialidades farmacêuticas, permitindo, apenas, seu uso para pesquisa científica com autorização do SNFMM. Exige licença especial, outorgada pelas autoridades sanitárias, para que farmácias possam operar com esses fármacos. Regula, ademais, forma de importação, exportação e reexportação das drogas dessas listas.

Ainda, Portaria n.º 4, de 09/04/63, do SNFMM, sistematiza drogas e produtos farmacêuticos, reunindo-os em dez grupos e aplicando exigências suplementares àquelas existentes para fins de licença para venda direta ao público, de grau I, envolvendo exigência de receita médica, com retenção e seu registro em livro próprio, além do "Receituário"; e grau II: venda sob receita médica, com retenção e sua transcrição no livro "Receituário". Estabelece, também, medidas quanto à escrituração das vendas dessas drogas por parte dos laboratórios fabricantes, de farmácias e hospitais e congêneres, cominando a pena para a infração.

Grande parte das drogas e produtos farmacêuticos de que trata essa Portaria (n.º 4) é também regulada por portarias ulteriores, como Relação n.º 2 da Portaria 5/69, Portaria 18/73 e de n.º 26/74.

Controle da venda desses produtos, mediante sistema de registros e retenção de receita junto às farmácias, constitui etapa final da atividade atribuída ao controle administrativo, imediatamente antes da chegada do produto às mãos do consumidor.

Esta etapa envolve, porém, dificuldades maiores para fiscalização sanitária, tendo em vista multiplicação de pontos de saída do produto para o público consumidor, acrescido do fato de cada saída apresentar menor quantidade do produto do que a verificada na relação fábrica-farmácia. Constitui esta, geralmente, a dificuldade existente na fiscalização das vendas a varejo, também em outras mercadorias, em comparação com a das vendas por atacado.

Diante disso, órgãos da fiscalização sanitária, vinculados ao Ministério da Saúde, no âmbito federal, e às Secretarias da Saúde, no âmbito estadual, devem manter registro atualizado da comercialização das substâncias sujeitas ao controle legal, compreendendo-se,

aqui, receitas retidas nas farmácias, livros de registros, quantidade de estoques, de entrada e saída dos produtos das farmácias e drogarias. Quanto ao tratamento dos dados coletados, é conveniente que se possa reduzi-los a categorias, previamente estabelecidas, que permitam apontar para tendências manifestadas pelo mercado consumidor quanto à demanda, assim como dos pontos comerciais em que se verifica maior procura destes medicamentos.

Observa-se, claramente, que a Lei procurou traçar linha de controle capaz de seguir todo o caminho lícito da droga, permitindo-se detectar durante este processo, em suas diversas fases, qualquer irregularidade que revelasse o encaminhamento da droga para canais ilícitos. Este rastreamento legal, entretanto, somente poderá tornar-se eficaz se for suprido por instrumentos tais que possibilitem fazer acompanhar, na prática, o fluxo real da droga.

Impõe-se, destarte, a manutenção de sistema centralizado de registro de todas estas etapas previstas na Lei, que reúna em um só órgão federal informações levantadas por todos os Ministérios. De forma semelhante, em âmbito estadual ou regional, estas informações devem ser reunidas, num único ponto de cada subsistema, possibilitando, assim, desenvolver trabalho de controle e fiscalização eficiente.

A realização desta tarefa de coordenação das atividades de controle e respectivo registro centralizado dos resultados, tanto em nível estadual ou regional, quanto em federal, permitirá efetuar processamento dos dados e sua análise, de forma a fornecer constante "feed-back" do sistema de controle.

Esta medida, uma vez adotada, fornecerá elementos necessários para a tomada de providências que visem ao aperfeiçoamento da política de controle preventivo do uso indevido de fármacos.

Por outro lado, administração mediante sistema eficaz de controle da produção lícita de drogas contendo substâncias entorpecentes ou assemelhadas, desafogará a responsabilidade dos órgãos de repressão, nesta área específica, permitindo concentrar seus melhores esforços no combate à produção e comercialização ilícita de drogas. Esta coordenação centralizada do controle sobre as drogas deve envolver, igualmente, procedimento adotado para detecção do uso indevido de drogas, sem o que o sistema ficará inócuo quanto ao alcance de sua finalidade precípua, de limitar a disponibilidade de drogas causadoras de dependência.

5.2.2 Legislação Penal

No que se refere ao controle pela lei penal, o enfoque da prevenção formal merece algumas considerações importantes.

Com efeito, esta forma de prevenção tem implícita em si a idéia de intimidação que constitui o efeito preventivo exercido pela pena real sobre transgressores potenciais. Realmente, o efeito intimidativo geral difere segundo as espécies de transgressão e transgressores.

Com relação à intimidação, porém, cabe, inicialmente, observar-se dois níveis: intimidação geral e inti-

midação especial. A primeira é pretendida pela Lei em abstrato, enquanto que a especial é visada pelas sentenças condenatórias.

A crença na intimidação, tanto geral quanto especial, entretanto, vem assumindo importância maior na atualidade, devido à descrença na retribuição. Esta última, por estar associada à idéia de vingança, passou a ser considerada conceito relativamente primitivo, a ser posto de lado. Em alguns países consultados pelo IMESC para referência criminológica, o crime (em especial, o assalto) parece haver decrescido quanto ao número, mais em função da introdução de medidas policiais novas, do que devido ao efeito da prevenção geral, mediante estabelecimento de penas rigorosas. Assim, a certeza da detecção parece ser forma de intimidação mais poderosa, do que o rigor das penas em abstrato.

Efetivamente, a sentença rigorosa reforça o caráter odioso do comportamento punido, colocando-o na escala de valores das diferentes espécies de comportamento anti-social. Ao mesmo tempo, aponta para os valores aceitos pela sociedade em relação aos cidadãos respeitadores da lei. Cada vez mais, atenta-se para o fato de que a intimidação não deve ser utilizada como justificativa para exararem-se sentenças muito rigorosas, visto não haver evidência convincente quanto ao fato de atuarem satisfatoriamente no sentido desejado pelo legislador.

Com relação ao caso específico do uso indevido de fármacos, manifesta-se ceticismo quanto ao valor intimidativo da lei.

Esta opinião parece confirmar uma das conclusões de recente pesquisa concluída pelo IMESC, quanto à eficácia dos controles legais sobre o uso indevido de fármacos, no sentido de que "a eficácia da lei varia em função da viabilidade de sua aplicação e execução".

Lande, já citado, reconhece que "sanções penais não intimidarão psicologicamente pessoas envolvidas, já com desejo irresistível de usar indevidamente uma droga". Adverte, porém, que "quando as condições forem tais que sanções penais intimidam efetivamente, o legislador pode legitimamente recorrer ao instrumento da lei criminal. O interesse da defesa da sociedade pode tomar precedência sobre outras considerações, de forma válida".

Com respeito à eficácia da intimidação, desenvolveram-se numerosos estudos que resultaram em algumas conclusões dignas de registro:

(a) "as leis raramente serão aplicadas na forma literária em que foram redigidas".

A lei tem, portanto, sua eficácia assegurada, ou não, consoante se torne viável sua aplicação e execução práticas. Fator importante é a opinião pública relativa à lei. Em outras palavras, a lei, para se tornar eficaz, depende dos instrumentos práticos de que dispõe a administração para assegurar seu cumprimento.

(b) "numa sociedade mutante, inflexibilidade pode causar falência da lei".

Este princípio é observado na prática, visto que a própria individualização da pena exige certa flexibilidade. Ao mesmo tempo, deve-se apontar para o fato de que leis não conseguem ser tão flexíveis a ponto de prever mudanças sociais que importem em mudança de comportamento e, indiretamente, de atitude em relação ao seu conteúdo.

(c) "leis obsoletas e não aplicadas, ou leis inexequíveis, existentes apenas nos livros, poderão disseminar falência na sua execução".

Este princípio está intimamente ligado ao anterior, constituindo decorrência daquele.

(d) "punições rigorosas não abrandam, significativamente, a criminalidade, comparativamente às mais brandas".

Este princípio confirma teses antigas segundo as quais nossa sensibilidade é mais fácil e fortemente afetada por impressões fracas repetidas, do que por impulso violento, porém momentâneo.

Fatos elucidativos ocorrem a todo momento, em todas as partes do mundo, como por exemplo, New York, onde a polícia local obteve bons resultados mediante remoção dos carros estacionados em lugares proibidos, ao invés da aplicação de multas elevadas. O tempo dispendido pelo motorista infrator para recuperar o veículo e a interferência do óbice em sua programação normal de atividade constituíram "penalidade" muito mais rigorosa do que a quantia eventualmente desembolsada para o pagamento da multa.

Deve-se tomar na devida conta algumas variáveis com as quais a intimidação está, em geral, associada, no que se refere à eficácia. Estas variáveis são: (a) estrutura social e sistema de valores vigente; (b) população específica visada; (c) espécie de lei enfocada; (d) forma e importância da penalidade prescrita; (e) certeza de detecção e punição; e (f) conhecimento da lei, pela população, incluindo-se a punição estabelecida.

Com relação ao aspecto da estrutura social e sistema de valores vigente, cabe observar uma das conclusões a que chegou a pesquisa conduzida pelo IMESC, já referida, com relação à eficácia dos controles legais tocante ao uso indevido de fármacos: "a opinião pública quanto ao material examinado é favorável à aplicação de penas severas ao traficante". O material examinado referiu-se, tão-somente, à cidade de São Paulo, tendo constituído análise de dados levantados em investigação anterior, também promovida pelo IMESC, referente a "atitudes comunitárias e farmacod dependência-estudo piloto".

Em relação ao usuário, atitude comunitária, na cidade de São Paulo, revelou-se favorável à idéia de tratamento.

Sob este aspecto, Lei n.º 6.368 impôs discriminação importante entre usuário e traficante, enfatizando a idéia de tratamento para o primeiro e impondo rigorosa pena ao segundo, o que está, pois, de acordo com a atitude comunitária, ao menos na cidade de São Paulo.

A população específica visada pela lei, porém, abrange também os usuários. Merece observação, entretanto, no que se refere à idade, em geral, dos usuários atuais e potenciais. A mesma pesquisa, com efeito, revelou que "a incidência do abuso de fármacos 'stricto sensu' (excluído o álcool) recai, em grande parte, sobre os menores".

Considerando sob este ângulo, a lei não conseguiria impor intimidação aos usuários menores de idade, porquanto a responsabilidade penal brasileira inicia-se aos 18 anos. Convém enfatizar esta parcela do problema, uma vez que pesquisa a respeito da eficácia dos controles legais sobre uso indevido de drogas revelou que, na cidade de São Paulo, "a faixa etária correspondente ao contato inicial com as drogas controladas é inferior àquela registrada à época das internações", dando-se tal contato "entre os 13 e 18 anos, perfazendo 57% dos casos de idade inicial conhecida, aparecendo, em seguida, as faixas de 19 a 21 anos (14,8%) e de 8 a 12 anos (13,5%)".

Diante dessas observações, o IMESC sugeriu, vivamente, "realização de pesquisa na área de menores, visando conhecer novos instrumentos de controle mais adequados para se obter diagnóstico precoce de casos de abuso de fármacos e, assim, possibilitar tratamento mais eficaz".

A Lei n.º 6.368, entretanto, dirige-se, também, à população de adultos, em relação aos quais vigora responsabilização penal, em caso de transgressão.

No entanto, a discutida intimidação legal, em relação aos menores, foi contornada pela lei, através da qualificação da figura delituosa de indução de menor ao uso indevido de fármacos ou de seu fornecimento por agente maior de idade, a outro menor de idade.

Embora a lei atribua, no artigo 1.º, o dever genérico de toda pessoa física ou jurídica colaborar na prevenção e repressão ao tráfico ilícito e uso indevido de substância entorpecente, estendendo-se, assim, a responsabilidade pelo problema a toda a população nacional, algumas categorias profissionais, comerciais e industriais receberam incumbência legal específica, a nível de dever profissional, no sentido de zelarem pelo cumprimento de partes específicas previstas na lei.

Com efeito, o preceito do artigo 1.º, da Lei n.º 6.368, visa estabelecer a filosofia do legislador, no sentido de procurar conscientizar toda a população para a gravidade que pode representar o problema do uso indevido de fármacos. A eficácia deste alerta fica, porém, dependente de outras medidas complementares, preferencialmente a nível de prevenção informal.

Na fase de prevenção formal, maior conhecimento do problema por parte das categorias especificadas, como farmacêuticos, médicos, veterinários, dentistas, enfermeiros, empresários, comerciantes no ramo, pedagogos, professores e diretores de escola, possibilitará obtenção de resultados mais eficazes, auxiliando, desta forma, atividades dos órgãos encarregados do controle administrativo na tarefa de prevenção tentada pela lei.

Este dever profissional, reforçado pela lei, fica sujeito à fiscalização pelas autoridades competentes, buscando comprovar o cumprimento da determinação legal.

Merece destaque a inovação contida no artigo 15 da Lei 6.368, que aplica responsabilidade penal ao médico, dentista, farmacêutico ou profissional de enfermagem pela prescrição culposa de dose evidentemente maior do que a necessária ou em desacordo com determinação legal ou regulamentar, aplicando a sanção de detenção de seis meses a dois anos, além do pagamento de multa.

Constitui este preceito tentativa de intimidação legal dirigida a estes profissionais, visando alcançar maior prudência na prescrição de substâncias entorpecentes ou correlatas.

A origem deste dispositivo estaria fundada nas opiniões emitidas por diversos autores, tanto estrangeiros, quanto nacionais, no sentido de que facilidade de prescrição desses medicamentos, sem necessária cautela, por parte dos profissionais da área de saúde, tem revelado grande influência sobre uso indevido conseqüente.

Basicamente, porém, a Lei 6.368 distingue três figuras principais relacionadas ao uso indevido de fármacos causadores de dependência:

- usuário não dependente;
- usuário dependente; e
- traficante.

Ao primeiro agente, a lei prescreve detenção de seis meses a dois anos; ao segundo, provada a dependência, será ordenado tratamento médico; ao traficante, a lei prevê pena de reclusão, variando de 3 a 15 anos.

O procedimento judicial, ao lado de constituir instrumento de julgamento, no sentido estrito da palavra, pode representar elemento importante para o sistema de controle do uso indevido de fármacos.

Com efeito, em suas diversas fases crescem-lhe subsídios relevantes, que, ao final, baixada que seja a sentença, poderão valer como importante fonte de coleta de dados, sujeitos a registro competente.

Ao lado dos registros dos órgãos de controle administrativo, que lidam com fluxo lícito da droga, dados contidos em processos judiciais, envolvendo usuários e traficantes, comporão o conjunto relativo ao fluxo ilícito da droga.

Diante das características apresentadas pelo fenômeno do uso indevido de fármacos, entretanto, a simples existência da lei não parece ser suficiente para intimidar, seja o usuário em potencial, seja, sobretudo, o usuário dependente, da prática desta transgressão, requerendo-se, pois, concurso de outros controles, possivelmente informais, cujo estudo adiante se inicia.

Com efeito, este foi o resultado a que chegou o IMESC, em investigação anterior, ao concluir que "a lei teve influência positiva, de caráter efêmero, alcançando retração em determinado período. Passado o

impacto inicial, complexidade de fatores pode ter interferido para reduzir sua eficácia inicial”.

Evidentemente, não se pretende extrair todos os resultados satisfatórios de um único instrumento colocado à disposição dos órgãos de controle. Certamente, a capacidade de controle formal da lei terá relação direta com a eficiência dos instrumentos disponíveis para sua melhor execução.

5.2.3 O Problema nos Estabelecimentos Penais

O capítulo II da Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976, cuida do tratamento e recuperação de dependentes, tenham ou não praticado infração penal.

Explícito é o legislador, ao tratar da matéria, através de norma de natureza programática, onde criação de estabelecimentos apropriados é sugerida como variável pressionante sobre autoridades.

Encarado este aspecto preliminar, formal e jurídico, passa-se ao campo da ciência administrativa, onde requisitos materiais e técnicos são considerados.

O mundo moderno não admite mais devaneios. O interesse predominante do poder público se faz notório.

A administração pública compreende atividades do Estado, desenvolvidas por seus órgãos, objetivando o interesse público.

A Economia contemporânea é ciência da escassez.

Superá-la, atendendo a desejos individuais e coletivos que se ampliam dia-a-dia, é orientação pacífica e unânime.

Se, de um lado, ocorre escassez de recursos, de outro, há ilimitação dos desejos humanos.

O Estado deve optar pela melhor canalização dos recursos para os diversos setores administrativos. A minimização dos custos, expressão consagrada no campo microeconômico, inclusive de abrangência administrativa, é fator preponderante e de relevância.

A monopolização se concretizaria através da transferência de atribuições de entidades locais para uma entidade central.

Por meio de política consciente, visando minimizar custos, reduzir despesas e unificar, em apenas um órgão, suas atividades, o paciente seria submetido à terapêutica adequada, desde aconselhamento psicológico até psiquiátrico.

Considerando o agravamento do uso indevido de drogas na Europa e outros países do mundo; constatando que ele repousa em problema complexo, de evolução constante para a Saúde Pública e proteção social e que as origens, natureza, amplitude e meios de tratamento eficazes são mal conhecidos e exigem estudos complementares;

Assinalando necessidade de política coerente e global;

Considerando oportunidade de colocar em vigor e de completar disposições contidas nos instrumentos jurídicos internacionais, notadamente naqueles que são elaborados sob auspícios da Organização das Nações Unidas, decidiu-se pela recomendação de certos prin-

cípios aos governos dos Estados-Membros do Conselho da Europa (Resolução n.º 6 do Conselho da Europa, sobre o aspecto penal do abuso da droga, adotada em 19 de janeiro de 1973).

Ressaltamos os seguintes:

(I, B, 5) e (I, E) infratranscritos:

“A lei deve prever possibilidades de tratamento e readaptação, tanto dos internos, quanto dos externos, das instituições penitenciárias”, assim como da ajuda pós-penitenciária e, ainda, (quanto ao tratamento penitenciário).

“Se um farmacodependente for detido, o mesmo deve ser encaminhado a instituto dotado de serviço de tratamento e readaptação”.

Para disciplinar a matéria, assim determinou o legislador italiano (Lei n.º 685, de 22 de dezembro de 1975):

“art. 84 — (Tratamento dos detentos habitualmente afeitos ao uso de substâncias estupefacientes ou psicotrópicas).

Qualquer pessoa que se encontre em estado de custódia preventiva ou expiação da pena e esteja retida pela autoridade sanitária habitualmente afeita ao uso não-terapêutico de substâncias que podem causar dependência psíquica e/ou física tem direito a receber cura médica e assistência necessárias com o escopo de reabilitação.

Para tal fim, o Ministro, com a graça e justiça, organiza com seu decreto, em base territorial, seções carcerárias, oportunamente aparelhadas, providenciando, com as competentes autoridades regionais e com centros médicos e de assistência social, regulamentação das atividades. Direções dos institutos carcerários devem assinalar aos centros médicos e de assistência social regionais competentes aqueles que, liberados do cárcere, são ainda carentes de cura e assistência”.

Segundo o eminente jurista Giuseppe di Gennaro, o presente artigo reflete princípios internacionais.

Isto afirma o direito do detento de beneficiar-se de cura análoga àquela prevista no confronto com outro cidadão.

Do exame analítico dessa norma emergem diversas observações.

No primeiro inciso são mencionados só os imputados e condenados. Não são indicados os internados por suposição de medida de segurança detentiva.

Quem conhece a realidade penitenciária sabe bem que, entre os internados, ocorrem, muito frequentemente, casos de farmacodependência.

Oportuna observação mostra que o sistema penitenciário fomenta “excesso do uso de drogas”:

“Recém-divulgada notícia sustenta o fato de as penitenciárias federais canadenses incentivarem o uso de drogas, informação que fornece impreciso quadro da presente situação”, disse o diretor do serviço médico do Sistema Penitenciário Canadense.

“O quadro agora não é tão negro quanto aquele descrito na notícia”, declarou Daniel Craigen. A infor-

mação, do Comitê Consultor do Serviço Nacional de Saúde, ao Comissário das Penitenciárias, trata da provisão de todo aparato médico-sanitário das penitenciárias federais. Foi adotada em 1975, porém, não divulgada ao público até dezembro de 1977.

O ilustre diretor recusa-se a declarar o motivo da demora na divulgação, entretanto, enfatiza que, neste intervalo, "mudanças dramáticas" foram realizadas e controle do uso e distribuição foi substancialmente aperfeiçoado.

Ficou apurado pelo Comitê, dirigido pelo Dr. E. H. Botterell, que os medicamentos sintomáticos e tranqüilizantes eram ministrados indiscriminadamente.

"Desfiles de pílulas" para distribuição dos medicamentos foram adotados em quase todas as instituições, geralmente três ou quatro vezes ao dia.

Segundo o Comitê, a freqüência aos "desfiles de pílula" era alta e proporção substancial dos presos, incluindo os reincidentes, comparecia, às vezes, durante o dia.

A extensão da percentagem da população de detentos que freqüentam os "desfiles de pílulas" — 74,5% em Dorchester e 1,5% no Instituto Archambault — indicou ao Comitê a inexistência de habilidade política nos serviços de saúde das instituições quanto ao uso de drogas.

No presídio feminino (em Kingston), foi observado que a média diária de mulheres para quem as drogas eram prescritas atingiu o total de 116,4%; estas encontravam-se sob custódia.

O Comitê constatou que, em algumas instituições penitenciárias, a população carcerária estava recebendo alguma forma de tratamento.

Isso mostrou-se inconsistente ante o fato de alta percentagem da população carcerária encontrar-se em idade inferior a 40 anos — grupo etário que experimenta relativamente baixa incidência de doença e que, geralmente, demanda menor quantidade de cuidados médicos na vida civil.

Segundo o Comitê, medicamentos serviam a muitos propósitos nas instituições correcionais, em acréscimo às especificadas regras terapêuticas, salientando-se que "a campanha de medicamentos de alguns condenados, visando a uma segunda obtenção (drogas têm o mesmo "status" da moeda), efetivamente, colocava à prova as reservas dos centros de saúde".

Em algumas instituições, carrinhos e bandejas de medicamentos eram transportados para um ponto de distribuição central. Os medicamentos eram escolhidos pelos condenados visando às necessidades particulares.

Presos que não haviam recebido prescrição médica paravam diante dos carrinhos e solicitavam larga variedade de drogas tais como antiácidos, xaropes, laxantes, aspirinas, "292"s, sedativos e tranqüilizantes.

Estes eram, freqüentemente, estocados nos carrinhos de medicamentos.

O tratamento por droga sintomática era utilizado pelos presos, entre outros, portadores de dores nas costas, cabeça, ombros, complicações gastrointestinais.

"Responsáveis pelos centros de saúde e enfermeiras recebiam permissão e observavam, para responderem pelo emprego de medicamentos, incluindo controle de drogas", segundo a informação.

"Foi, também, registrado que muitas das prescrições preparadas para distribuição não foram escolhidas pelos condenados".

O Comitê concluiu que, na falta de direção médica e supervisão apropriada, os responsáveis pelos centros de saúde haviam aquiescido ante pressões inerentes ao ambiente penitenciário.

"O sistema incentivou o excessivo e inapropriado uso de drogas e, muita vez, encorajou a utilização dos medicamentos. Além do mais, favoreceu padrões não-recomendáveis concernentes à saúde", e os condenados perderam a confiança nestes serviços.

Como resultado destas descobertas, Comitê elaborou oito recomendações, a saber:

1. desenvolvimento de programa referente ao uso e distribuição de medicamentos;
2. limitação ao uso de medicamentos sintomáticos, excetuando casos de evidente necessidade;
3. prescrições devem ser elaboradas por determinado intervalo, que não deve exceder às necessidades médicas. Pacientes sujeitos a tratamento de longo prazo devem ser examinados periodicamente. Renovações necessitam de assinatura médica;
4. ácido acetilsalicílico (ASA) deve ser dispensado aos presos apenas quando prescrito por específica disposição médica, ou quando de urgência; outras posições não devem ser permitidas, especialmente quanto às drogas controladas;
5. Serviços Médicos e de Saúde devem constantemente investigar e remediar aquelas situações onde o uso de drogas é significativamente maior do que o esperado;
6. carrinhos e bandejas de drogas e medicamentos devem ser abolidos dos pontos centrais de distribuição;
7. serviços farmacêuticos devem ser introduzidos nas regiões carentes de controle, estocagem e despesa de drogas.

O diretor referido declarou que, nestes dois anos, as recomendações foram observadas, e programa conjugado a sistema de monitoria desenvolvido.

"No último mês de dezembro (1977), colocamos serviço de informações capacitado para prestar todos os dados úteis à constatação de irregularidades em cada instituição penitenciária".

Recomendações referentes aos medicamentos sintomáticos e à extensão das prescrições médicas foram efetuadas. Quanto aos hipnóticos e sedativos, têm sido parcialmente executadas e serão distribuídas pelo Serviço Penitenciário Canadense.

Os carrinhos e bandejas serão, em breve, suprimidos das instituições de segurança média.

"Conseguindo a supressão, daremos prosseguimento a esta medida, nas instituições de segurança máxima", declarou.

Serviços farmacêuticos estão sendo estendidos nas regiões de Ontário e Quebec, e farmacêutico contratado pelo Sistema Penitenciário Canadense está estudando a possibilidade de aumentá-los.

Somente a recomendação referente ao ácido acetil-salicílico está sendo rejeitada, por limitar a liberdade médica de prescrever; entretanto, guia padronizado vem sendo publicado, com objetivo de ampliar controle de drogas.

Dada a devida ênfase à expressão "realidade penitenciária", voltar-se-á à doutrina.

Por não explicitar a farmacodependência no âmbito penitenciário, o legislador não deve ser tachado de negligente. Trata-se, evidentemente, de esquecimento e não de vontade de absurda discriminação.

Acontece que o intérprete pode tranquilamente inferir que a lei refere-se a todos os indivíduos privados da liberdade por fato penal, e internados em instituições penitenciárias de qualquer tipo.

Sempre no primeiro inciso, o juízo sobre o estado de dependência é atribuído à autoridade sanitária.

No contexto da lei, a autoridade sanitária é aquela central ou local.

Nesta específica sede, porém, não parece que a expressão só tenha este significado.

Institutos penitenciários dispõem de médicos próprios, que atuam no âmbito de um serviço; conquanto possa ser ele organizado com colaboração dos órgãos regionais é, ainda assim, autônomo.

Na prática, são os médicos penitenciários que podem individualizar sujeitos farmacodependentes, ainda que seja razoável o dever de juízo de diagnóstico relativo.

O segundo inciso está interpretado no sentido de que deve ser criada repartição carcerária para reagrupar indivíduos farmacodependentes.

Para eficiente tratamento, deve-se ter em conta interação entre indivíduos com problemas e o aspecto das características de personalidades diversas.

Reunir todos os drogados comportaria distorção e acabaria por estigmatizá-los, além de considerá-los doentes e, como tal, isentá-los do empenho da própria participação no programa de tratamento.

São, pois, tantas as outras razões que desaconselham tal agrupamento que não é possível expô-las.

Limita-se impossibilidade de dar resposta, no âmbito de uma seção para drogados, às múltiplas e várias exigências dos indivíduos, que, pelos outros aspectos, não são atinentes com seu hábito de ingerir substância estupefaciente ou psicotrópica (idade, estado físico e mental, escolaridade, profissão, estado jurídico, vizinhança da família).

De outra parte, a necessidade de cura médica indicada à farmacodependência subsiste, apenas, por breve período inicial.

Prosseguindo, entretanto, ocorre a estes indivíduos particular auxílio de natureza psicológica, sustentando-se ambiente de vida onde o caráter de normalidade seja o maior possível.

Em suma, superado o primeiro período, o problema de fronteira é aquele das motivações que determinam a absorção da droga.

Deve-se, então, interpretar a disposição no sentido de que a administração penitenciária necessita criar repartição de primeira intervenção, onde indivíduos que não tenham efetiva necessidade permaneçam o menor tempo possível.

Estas repartições devem ser constituídas com colaboração das competentes autoridades sanitárias.

A Lei n.º 6.368, de 21 de outubro de 1976, em seu capítulo II, cuida do tratamento e da recuperação de dependentes.

Transcrevo seu artigo 11:

"Art. 11 — Ao dependente que, em razão da prática de qualquer infração penal, foi imposta pena privativa de liberdade, ou medida de segurança detentiva, será dispensado tratamento em AMBULATÓRIO INTERNO do sistema penitenciário onde estiver cumprindo a respectiva sanção".

Está implícito, portanto, ao dependente, o direito de receber cura médica e assistência necessária para sua reabilitação.

Sobre esta lei, admitimos as seguintes sugestões:

a) se a dependência não suprimir, mas diminuir consideravelmente a capacidade de entendimento da ilicitude do fato ou de autodeterminação do agente, a pena poderá ser atenuada, substituída por internação em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à recuperação ou sujeição a tratamento especializado em ambulatório médico-social oficial;

b) se, cumprida a pena ou medida de recuperação, o condenado semi-imputável vier a recuperar-se, em virtude do tratamento médico, o juiz poderá, a qualquer tempo, declarar extinta a punibilidade;

c) se o agente for maior de 18 e menor de 21 anos, será obrigatória a substituição da pena pela internação em estabelecimento hospitalar ou sujeição a tratamento especializado em ambulatório médico-social oficial;

d) menores de 18 anos, infratores dependentes poderão ser internados em estabelecimento hospitalar, pelo tempo necessário à sua recuperação ou sujeitos a tratamento especializado em ambulatório médico-social oficial;

e) aos condenados primários pelo crime previsto no artigo 281, § 1.º, IV, do Código Penal, com a nova redação que lhe deu Decreto-lei n.º 385, de 26 de dezembro de 1968, não incluídos na hipótese do artigo 10, poderá ser concedida suspensão condicional da pena, sob condição de inscreverem-se em ambulatório médico-social oficial, sujeitando-se ao tratamento específico para recuperação;

f) suspensão condicional da pena, concedida desta forma, e substituição da pena concedida em qualquer dos casos, para sujeição a tratamento em ambulatório médico-social oficial, serão revogadas sempre que o condenado deixar de observar prescrições da autoridade sanitária a que estiver sujeito, interromper ou suspender o tratamento;

g) lavrado o flagrante, autoridade policial encaminhará, incontinenti, o preso — nas hipóteses previstas no inciso IV, artigo 281 do Código Penal — a ambulatório médico-social oficial, para diagnóstico do grau de extensão de dependência, para efeitos do exame de sua imputabilidade e prescrição de tratamento a ser ministrado no curso do processo;

h) a autoridade sanitária fornecerá ao juiz do processo, nessa fase, relatório pormenorizado do estado em que se encontra o imputado e prescreverá tratamento cabível ao caso;

i) nos casos em que não houver flagrante, verificação inicial do estado de intoxicação do viciado será, desde logo, ordenada pela autoridade judiciária e reali-

zada em entidade oficial especializada em Medicina Social.

O sistema penitenciário, dispondo de ambulatório interno, como estabelece norma de lei, e operando no âmbito de serviço igual ao externo, porém autônomo, individualizaria o sujeito dependente, tomando providências necessárias quanto à diagnose, terapêutica-reativa e profilaxia deste mal social.

Seguindo a melhor doutrina, deve-se interpretar disposição do direito objetivo pátrio, no sentido de dever da administração penitenciária criar unidade-programa de tratamento, obedecendo aos moldes das unidades extrapenitenciárias.

TABELA 5

DADOS ILUSTRATIVOS REFERENTES A DROGAS FORNECIDAS NO SISTEMA PENITENCIÁRIO CANADENSE — INSTITUIÇÕES DA REGIÃO DE ONTÁRIO — JAN.-MAR. 1975

PRESOS, PACIENTES E DROGAS FORNECIDAS

ITEM	Millhaven		R.P.C. (1) (Ont.)	Joyceville & Pittsburgh	Warkworth	Prisão para Mulheres
	Inst.	Bath				
Méd. Pop. Carcerária .	294	72	330	502	418	127

LINHA DE MEDICAÇÃO (2)

Total de Atendimentos .	38350	8680	6992	8251	12691	22715 (3)
-------------------------	-------	------	------	------	-------	-----------

DROGAS FORNECIDAS (2)

N.º de pacientes	546	145	1126	—	2683	168
Categoria de Drogas:						
Antibióticos	150	49	1092	23800	2246	62
Analgésicos	310	65	1536	40100	1435	123
Psicotrópicos	467	84	0	4950	2371	506
Sedativos	459	46	278	10320	283	151
Antiinflamatórios	100	66	583	22760	251	7
Anticonvulsivos	50	0	608	2440	2578	28
Outras	7	4	—	3750	3527	259
TOTAL	1543	314	4097	108120	12691	1136

DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE DROGAS FORNECIDAS POR CATEGORIA DE DROGAS

Antibióticos	9.72	15.61	26.65	22.01	17.70	5.46
Analgésicos	20.09	20.70	37.49	37.09	11.31	10.83
Psicotrópicos	30.27	26.75	—	4.58	18.68	44.54
Sedativos	29.75	14.65	6.79	9.54	2.23	13.29
Antiinflamatórios	6.48	21.02	14.23	21.05	1.98	0.62
Anticonvulsivos	3.24	—	14.84	2.26	20.31	2.46
Outras	0.45	1.27	—	3.47	27.79	22.80
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00

(1) Anteriormente conhecido como Centro Médico Regional.

(2) Dados de Relatórios.

— Drogas fornecidas — “número de pacientes; número relatado de diferentes pacientes tratados e drogas recebidas especificadas por categoria”.

— Linha de Medicação — “multiplicar o número total de pacientes pelo número de vezes de medicação”.

(3) Total de Medicações, não de atendimento.

FONTE: HEALTH SERVICES QUARTERLY REPORTS, Região de Ontário — Janeiro-Março de 1975.

5.3 PREVENÇÃO INFORMAL DO USO INDEVIDO DE FÁRMACOS

Medidas de prevenção e educação vão desde severa repressão até divulgação e promoção educativas, passando por uma série de programas intermediários (alguns dos quais pormenorizaremos adiante), que se combinam até inter-relacionar estes dois extremos.

Recursos utilizados também são variados: desde métodos que implicam forte vigilância ao traficante e ao consumidor de drogas, até existência de cursos e ciclos de palestras estruturados ou informais, referentes à prevenção, incluindo-se campanhas regionais e trabalho com grupos juvenis, que utilizam discussão e explicação de aspectos relativos à problemática.

Examinando-se literatura especializada, verifica-se:

a) carência de pesquisas sistemáticas relativas à incidência;

b) aumento da preocupação dos governos e instituições, à medida que o problema atinge novos setores da população;

c) ausência de avaliação sistemática dos problemas que surgem;

d) que na relação entre instituições e população assistida, existe desvantagem que afeta classes menos favorecidas, em termos de possibilidade de acesso aos meios de reabilitação (Exs.: Bolívia e Venezuela). Esta situação torna-se mais evidente em relação ao tratamento de alcoólatras;

e) que a maioria das instituições dedicadas à problemática da droga têm por objetivo programas de identificação, reabilitação e tratamento, ficando prevenção relegada a segundo plano;

f) que alguns países, dispendo de legislação relativa ao problema, tendem a transferir à mesma muitas das responsabilidades que competem às instituições.

5.3.1 Técnicas informativas e educativas

1. As primeiras (informativas) têm por objeto divulgação e difusão generalizadas. Realizam-se a nível informal, com exceção de alguns países que estruturam campanhas especiais sobre o tema. Recorre-se a cursos, material áudio-visual, etc.

2. As técnicas propriamente educativas têm por objetivo localização do problema em âmbito mais geral, que visualiza problemas fundamentais da educação da criança, adolescente e adulto e obtenção de mudança de atitude frente ao problema. Incluem desde palestras informais, a cargo de equipes técnicas, até estruturação do tema dentro de Programas de Educação Curricular, nos níveis secundário e universitário. Existe, também, assessoramento e coordenação com instituições que, especificamente, estudam o problema.

Apesar de que, em todos os programas, transborda preocupação de atingir níveis populares, de fato, o trabalho de prevenção chega, tão-somente, a certos setores, em especial ao dos jovens que se encontram agrupados

em clubes juvenis, ou que fazem parte do corpo discente das instituições de ensino.

Em termos teóricos, é fácil a divisão segundo técnicas informativas e educativas. Praticamente, torna-se intrincada a elaboração de dicotomia, pois elas não só se complementam, como também, dependendo da intensidade e da seriedade com que sejam levadas, poderão mudar a classificação.

A) Atividades informativas

Incluem-se atividades de clubes (como no caso do Clube de Abstêmios, União Fraternidade do Peru) e grupos (p. ex., grupos de pais integrados à Associação de Pais e Mestres de Barbados) e esforços de equipes (como da Associação Boliviana de Educação Sexual, que estuda o homem e suas formas de comunicação, encarando fator sexual como parte de um todo harmônico e drogas como fuga ao compromisso da vida em sociedade). Por outro lado, incluem-se aqui múltiplas ações informais, realizadas por institutos, ministérios e grupos comunitários dedicados à divulgação e difusão, que procuram ser melhor aceitos entre a juventude e pelos adultos de vida irregular, em determinado ambiente.

B) Atividades educativas

Consistem de técnicas relacionadas à juventude, colocadas à disposição dos centros de educação formal (escolas, colégios, universidades) e, ademais, destinadas a formar educadores.

Divide-se esta categoria em:

1. Centros de Educação
2. Centros de Assistência Médica e de Controle

B.1 Centros de Educação: compreendem todos os níveis de educação (desde pequenos grupos criados no Colégio Metodista "La Paz", Bolívia, onde existe grupo interdisciplinar, constituído por assistentes sociais, psicólogos e técnicos em relações humanas que se relacionam com o problema, até grupos que funcionam ligados às universidades, como é o caso da Mayor de San Andres, Peru; West Indies, Jamaica; passando por outros centros educacionais, tais como Instituto Peruano-Norte-Americano ou Escola de Pais e Educadores, ambos no Peru).

A cátedra de Toxicologia da Universidade de Buenos Aires tem analisado, desde 1969, programas de educação em distintos níveis, com temário e exposição adequados ao auditório para: a) jovens entre 15 e 25 anos, mediante sistema de perguntas escritas e respostas; b) enfermeiros, de institutos psiquiátricos e especializados, onde se analisa forma de convívio, auxílio, contemporização e apoio, idôneos ao tratamento e reabilitação do farmacodependente. Ensinam-se rudimentos científicos do problema e enfatiza-se aspecto psico-social e papel do auxílio médico para consecução integral dos propósitos ambicionados; c) legisladores e juizes, que elaboram e aplicam as leis, têm programas onde são apresentados aspectos por eles desconhecidos,

em relação à vivência do problema, idiossincrasia dos enfermos, conceitos internacionais para enfrentá-lo e definições práticas de uso, dependência e tráfico; d) educadores. São os cursos mais numerosos e que devem ser repetidos durante o ano. O programa básico compreende: aspectos gerais; aspectos médicos e toxicológicos das drogas; sintomas e sinais; aspectos psicológicos; aspectos sociais; tratamento e reabilitação; detecção e diagnóstico; educação, prevenção e profilaxia; legislação vigente; aspectos práticos do problema no meio em que se manifesta; discussão e elaboração final; e) o público geral. São cursos informativos, de caráter geral, onde presença de auditório heterogêneo complica condução pragmática. Aproveitam-se exposições e experiências de algum presente, possivelmente ex-farmacodependente, que pode até desviar discussões para terreno filosófico ou religioso. Não obstante, os resultados são positivos para os conferencistas, porque obrigam-nos a diversificar suas atitudes frente ao público, de reações e perguntas imprevisíveis; f) estudantes universitários, como os estudantes de Medicina, tendo já estudado toxicologia e adquirido conhecimento sobre o problema das farmacodependências, participam das reuniões comunitárias, programadas pelo Centro de Prevenção de Toxicomanias desta Cátedra (*).

Por volta de 1970, na Jamaica, comitê, composto de representantes do Ministério da Educação e Saúde, desenvolveu programa de Educação sobre Vida Familiar (Family Life Education), com intuito de enriquecer cada aluno, para que obtenha melhor nível de vida física, emocional, espiritual, econômica, social e de saúde. Entre os objetivos, no caso dos cursos para jovens (apesar de variarem de acordo com as necessidades), estão os de desenvolver processo da convivência e de ajudá-los a adquirir suficiente habilidade na tomada de decisões maduras referentes ao uso do álcool e outras drogas. Family Life Education é, basicamente, educação em relações humanas, isto é, aprendizagem mediante a qual podemos conviver com outros, ao mesmo tempo que nos auto-estimamos e nos compreendemos. Inclui, pois, desenvolvimento de valores positivos e atitudes corretas.

Até esta data, não existe programa sistemático de educação sobre drogas, a nível nacional, em vários países latino-americanos. Tentou-se corrigir essa falha mediante atividades esporádicas. No caso de Barbados, ela foi superada mediante conferências isoladas e a técnica mais freqüentemente usada foi palestras preparadas para todo o público. Variante opcional é sugerida por Jaime Valk (Bolívia): propõe, de acordo com sua experiência e procurando forma de comunicação mais espontânea, sejam feitas três palestras por grupo; uma para pais e outros adultos, outra para jovens, e a terceira para confrontação de ambos. Em geral, prevalece o critério de que é contraproducente deixar palestras a cargo do próprio corpo docente dos institutos

(*) IMESC está preparando, a partir de 1980, o primeiro curso de capacitação em farmacodependência, mediante intervenção de equipe interprofissional, dirigido a membros credenciados da Magistratura, Ministério Público, Polícia, Secretarias de Estado e Poder Legislativo.

educacionais, pelo fato de que a maioria delas é dada por pessoas convidadas, em sua maioria integrantes do corpo médico ou membros do Departamento de Polícia.

Apenas como exemplo, nos seguintes países já foram realizados programas de educação contra drogas, ao nível de escola primária: Argentina, Barbados, Chile, Costa Rica, Honduras, México, Nicarágua, Peru e República Dominicana.

Foi iniciado plano-piloto de ensino sobre alcoolismo em 15 escolas básicas de Santiago (Chile). A intenção foi avaliar o manual, métodos, pautas e outras circunstâncias que sejam de interesse, antes de projetar sua extensão a nível nacional.

Ao nível de estudantes secundários, Costa Rica realiza cursos dirigidos a grupos escolhidos, a fim de que conheçam fundamentalmente as drogas que causam dependência e se tornem auxiliares no trabalho, tanto educativo como preventivo, dentro e fora dos centros de estudo.

Nicarágua relata ter organizado seminários sobre drogas e alcoolismo com estudantes dos últimos anos do nível médio. Foi elaborado projeto de coordenação entre programas de Educação, Saúde e Higiene Mental do Ministério de Saúde Pública e estabelecido Comitê Nacional contra drogas.

Na Argentina, antigos cursos de Higiene e Puericultura, a partir de 1973, foram substituídos por programa de educação para saúde, que abrange o tema das drogas.

Na Bolívia, conhecimentos nesse nível intermediário (12 a 15 anos) são dados preferencialmente nas cadeiras de Psicologia.

Também nas Instituições de Formação Magisterial e Universidades incluem-se pontos referentes às drogas (Peru), particularmente nas linhas de ação educativa ou nos cursos, tais como ciências naturais, ciências médicas, educação para a saúde, psicologia, psicopedagogia, psiquiatria, neurologia, neuropsiquiatria, conteúdos de orientação do educando e outros.

B.2 Outros Centros — abrangem dois grandes campos:

a) serviço médico e profissões afins; b) serviços de controle. Entre os primeiros, incluem-se: hospitais e clínicas do tipo albergue, entre os quais poderiam servir de exemplos Hospital Hermilio Valdizán (Peru) ou de Crianças da Prefeitura da Cidade de Buenos Aires; Ministérios, geralmente da Saúde, em conexão com Educação (Peru, Costa Rica). No caso de Trinidad e Tobago, foi constituída comissão para:

— organizar e promover programas de educação pública;

— iniciar pesquisa referente à extensão e tipo de drogas em consumo;

— aconselhar o Ministério da Saúde quanto às medidas a serem adotadas para resolução do problema;

— servir de contato com outros países, com intuito de intercambiar idéias e experiências referentes ao tema.

Apesar de existirem critérios similares, no que diz respeito aos ministérios encarregados da tarefa, os organismos executivos são diferentes em cada situação. Na Nicarágua, o Ministério da Saúde estabeleceu programa especial, desenvolvido mediante o Departamento de Saúde Mental, destinado a atender casos fora das escolas. Costa Rica executa programas mediante o Departamento de Controles e Registros e sua Seção de Trabalho Social, enquanto o Ministério da Educação estabeleceu a Unidade de Orientação Educativa e Vocacional, que, entre suas principais tarefas, compreende a de prevenir que a juventude escolar venha a ser envolvida pelas farmacodependências.

Apesar de Trinidad e Tobago não terem instituído programas formais, relativos às drogas, para nenhum setor da sociedade (nem escolar, nem extra-escolar) pensa-se criá-los no esquema Family Life Education que, brevemente, será introduzido nas escolas pelo Ministério de Educação e Cultura. Até o momento, porcentagem desse tipo de educação é feita de forma voluntária pela Mental Health Association e outros membros da comunidade.

Percebeu-se o interesse, por parte de grupos confessionais, em oferecer serviços, como demonstram os seguintes exemplos: Nicarágua, na Clínica "San Lucas", instituição de caráter particular, dependente da Igreja Episcopal, que atende excepcionalmente a pessoas de poucos recursos. "La Casa Abierta", que funciona com autorização do arcebispo da República Dominicana, e que tenta ajudar na solução de problemas da juventude, em geral, e das drogas, em particular; e "Hogar Vida Nueva", Centro Cristão, de orientação evangélica, que funciona na Venezuela.

Dentre os serviços de controle, incluem-se polícia e Exército.

Dentro do subprograma de Projeção Comunitária do Centro Nacional de Reeducação Social (CENARESO), que assiste a jovens que fazem uso indevido de drogas, com objetivo de reabilitá-los socialmente, funciona grupo de trabalho que se ocupa da promoção da saúde.

Dentro dessa atividade, planejou-se uma série de Cursos Oficiais Informativos sobre Farmacodependências. Um deles foi realizado para a Capital Federal e região adjacente a Buenos Aires; outro, exclusivamente para pessoal do Interior do país; e um terceiro, de alto nível, reservado para pessoal do Exército Nacional. Estes cursos são especialmente esquematizados para líderes da comunidade, profissionais, docentes, membros do clero e das forças armadas, dirigentes, empresários.

Seu objetivo é instruir a fim de que este conhecimento permita avaliação mais objetiva do problema e consiga modificar atitudes da comunidade, que tornem mais acessíveis as medidas preventivas, educativas e assistenciais.

Em Honduras, militares recebem conferências, palestras e afins, programadas pelo Departamento de Drogas.

C) Técnicas Utilizadas

As técnicas utilizadas foram inúmeras. Tentar reuni-las para sua classificação é trabalho também muito difícil, pois a terminologia não é única e a variedade, imensa. Todos concordaram com o fato de existirem quatro áreas nas quais devam ser baseados os programas de reabilitação:

I) **Manipulação adequada do tempo.** Inclui utilização do tempo em atividades recreativas e esportivas clássicas, cumprimento de horários nas atividades programadas diariamente e durante a realização de trabalhos ou estudos (sejam estes dentro ou fora da instituição).

Exs.: a) teatro, cinema, xadrez, instrumentos musicais, escotismo, basquete, pintura, atletismo;

b) organização da rotina diária;

c) orientação vocacional, trabalhos manuais, escolas técnicas, atividades remuneradas dentro e fora do centro.

II) **Atividades terapêuticas ou de reabilitação.** Incluem:

a) tratamento de desintoxicação e abstinência de drogas: compreende mecanismos terapêuticos para a consecução desses objetivos. Consiste na programação de plano gradual, que depois poderá ser complementado, como último recurso, pela internação;

b) tratamento psiquiátrico e/ou psicoterapêutico como forma de ajudar a compreender a problemática profunda do paciente, funções da droga, frustrações, impulsos, mecanismos de defesa. Compreende:

— entrevistas individuais;

— reuniões grupais: comunidade terapêutica, sociodrama;

— contrato terapêutico: acordo estrito entre paciente e representante da instituição interessada, com finalidade de conseguir compromisso de ajuda, em troca do cumprimento de determinadas obrigações em comum acordo;

c) tratamento social: reintegração na comunidade e na família. Compreende métodos de caso e grupo, ao nível da problemática individual e também quanto a grupos de pais e familiares onde se utiliza dinâmica familiar e recursos de readaptação.

III) **Estudo.** Compreende métodos e técnicas pelos quais se pode recuperar anos de estudo sistemático perdidos e adquirir, a curto prazo, novos conhecimentos. Estes métodos fazem, também, parte das técnicas utilizadas no ambiente escolar e extra-escolar em vários países e têm valor para prevenção.

a) leitura livre: fomento e recomendação de leituras de quaisquer temas, que se desenvolvem em prazo fixo. Depois, trabalha-se no sentido de obter a compreensão do já lido;

b) leitura dirigida: atividade que tem por objeto manter relação com a realidade extra-institucional e favorecer o desenvolvimento do senso crítico, mediante intercâmbio de opiniões (Centros de Integração Juvenil, México);

c) estudo da realidade social: análise do momento sócio-político-econômico em que vive o país. Inclui a necessidade de se fazer levantamento de dados, entrevistas com autoridades, manuseio de bibliografia. Este método desenvolve a responsabilidade, amplia o panorama, requer esforço coletivo, provoca maior aceitação das conclusões, quando estas são elaboradas dentro do grupo.

IV) Técnicas de relação interpessoal. Compreendem atividades mediante as quais o homem pode conseguir autoconhecimento, respeito a si mesmo e aos demais, com vistas a u'a melhor comunicação social. São empregadas também no campo da prevenção e tratamento. Incluem:

a) exercícios livres: consiste na atividade gradual de se inter-relacionar durante tempo determinado com as pessoas com as quais se tem dificuldade de fazê-lo;

b) dinâmica de grupo: promove-se oportunidade a que se desenvolvam inquietudes e desejos de trabalho em equipe, esclarecimento de valores e liderança;

c) círculo mágico: atividade grupal de desenvolvimento humano, que implica três partes: aumento da consciência de si mesmo, desenvolvimento de aptidões e habilidades, e aprimoramento das relações interpessoais. Deve ser realizado mediante o mínimo de uma reunião semanal, durante três meses (México).

As técnicas acima enumeradas, em alguns casos, foram complementadas com os seguintes recursos: mesas-redondas, conferências, diapositivos, fotografias, assessoramento telefônico de emergência, filmes, lâminas e outros afins.

Há instituições que julgam importante e útil integrar voluntários ao restante de seu pessoal. Exemplo é o dos Centros de Integração Juvenil, no México. Esta integração realiza-se mediante prévia instrução e conseqüente supervisão. As formas pelas quais os voluntários podem colaborar são diversas, pormenorizando-se quatro tipos entre os quais se pode escolher, de acordo com o gosto e capacidade:

a) trabalho com pacientes: exs. dar aulas, motivá-los para que participem das atividades programadas, realizar atividades recreativas, bolsas de trabalho, passeios, trabalho com lares adotivos;

b) trabalho comunitário: visitas a instituições com finalidade de divulgar serviços do centro, conferências, ensino de esportes a grupos comunitários;

c) relações-públicas: receber visitas, difundir atividades através do rádio, imprensa e TV, editar um jornal do centro, coletar fundos;

d) administração: fazer vigilância em tempo livre, trabalho de escritório, cobrança.

D) O Papel do educador

Considera-se fundamental o esclarecimento de educadores de estabelecimentos de ensino, mediante ministração de cursos durante o ano letivo.

O México coloca como condições prévias a oportunidade, discrição e preparo na comunicação com os jovens, admitindo que o educador saiba escutar e compreender o aluno e até conseguir sua colaboração para obtenção de soluções em comum acordo.

Os objetivos do trabalho do educador seriam, entre outros, ajudar o educando a integrar-se positivamente em seu grupo, desenvolvendo auto-disciplina e normas de convivência satisfatórias, ensiná-lo a valorizar as situações objetivamente e a respeitar pontos de vista alheios.

Desta forma, define-se mais concretamente o papel do educador, assinalando que sua atuação implica as seguintes premissas:

a) captação do nível de conhecimento sobre o tema, no qual se integram fantasias, preconceitos, experiências, informação, para adequar a mensagem à capacidade receptiva do grupo;

b) processamento do conhecimento prévio, mediante perguntas que induzem à formação de critério real sobre a farmacodependência;

c) diálogo destinado a fazer surgir modelo grupal sobre a ficção de solução que a droga possa significar;

d) relação do modelo do grupo com o compromisso social;

e) afirmação de Ética Social.

Quanto à preparação do educador, admite-se que deva preencher os seguintes requisitos:

a) nível técnico de informação sobre a toxicologia das diferentes drogas;

b) estar informado acerca dos seguintes elementos de Psicologia:

1. teoria do desenvolvimento da personalidade;
2. estrutura familiar;
3. técnicas grupais.

c) estar informado quanto aos elementos de Sociologia e Cultura:

1. estrutura social, pautas, avaliações. Contexto histórico, suas conotações culturais, peculiares, a falsa marginalização. Pautas sociais que criam enfermidade à droga.
2. explicação dos diferentes níveis sócio-culturais que condicionam ou favorecem a farmacodependência e a posterior marginalização do farmacodependente.

d) conhecer os seguintes tópicos de caráter jurídico:

1. informação sobre legislação vigente;
2. considerações teórico-jurídicas sobre o farmacodependente;
3. responsabilidade do Estado no problema.

E) Algumas atividades de grupos profissionais

Os profissionais médicos especializados no campo são poucos, fundamentalmente porque as tentativas de ação preventiva e sistemática constituem preocupação recente. No Uruguai, realizaram-se jornadas para médicos, destacando-se a importante responsabilidade, de parte das Faculdades de Medicina e de Saúde Pública, frente a este problema.

Os grupos policiais, antigamente mais inclinados aos métodos de controle, acreditam, hoje, mais enfaticamente, no dever das jornadas educativas e cumprem essa atividade quando não existem instituições especificamente voltadas para o problema. A maioria dos

países consultados enviou parte de seu pessoal para cursos de especialização no Exterior.

Tentativa de associação dedicada à formação de profissionais, por exemplo, pode ser encontrada na ABES (Associação Boliviana de Educação Sexual), que esteve preparando professores em educação sexual mas que, também, incluiu outros temas, como comunicação, dinâmica familiar e consumo de drogas. As equipes dessa instituição trabalham apenas com grupos que, previamente, já tenham despertado interesse.

Por outro lado, também na Bolívia, destacou-se o reconhecimento que a Escola possui nos meios rurais, como instituição comunitária, fato pelo qual a preparação dos professores ganharia especial importância, por serem os depositários desse reconhecimento. Muitos docentes e orientadores vocacionais encararam a necessidade de promover programa educativo.

No Equador, são os orientadores dos institutos de ensino que tratam do tema das drogas e de sua incidência sobre os jovens. Para o futuro, está prevista organização de um ciclo de conferências, destinado aos professores de Biologia, Psicologia e orientadores vocacionais dos colégios de ciclo diversificado da cidade de Quito, para que possam melhor enfrentar a problemática. Existem associações, como é o caso do círculo de jornalistas do Equador, que pretendem colaborar com estes programas.

Por outro lado, dentro do magistério mexicano, voltam a se apresentar os dois critérios de trabalho classicamente opostos: os que se opõem a proporcionar educação sobre drogas a jovens, por considerá-lo contraproducente (critério que prevalece no México), compartilhado por grupos de profissionais que afirmam ser necessário orientar individualmente o aluno; e os que acreditam neste tipo de educação, como é o caso do Serviço Nacional de Orientação Educativa da Secretaria Pública (cabe aduzir que o Estado mexicano está em um processo de revisão de sua política educativa, substituindo a educação verbalista tradicional por participação ativa).

Outros países, como a Venezuela, por exemplo, viram a necessidade de abordar o tema sob todos os seus aspectos, o que levou à formação de equipes multidisciplinares, integradas por profissionais de Direito, Psicologia, Sociologia, Educação e Antropologia.

5.3.2 Alguns exemplos de projetos futuros

a) Pesquisa

Nicarágua projeta estudo da situação sobre as drogas, de alcance nacional, entre o colegiado que participa das escolas e, ademais, avaliação dos programas de educação que agora foram iniciados.

México, depois de avaliar suas necessidades de informação, começou estudo epidemiológico, cujos resultados pensa obter a curto prazo. O programa consta de três ações: a) pesquisa de populações abertas (atualmente em processo de aplicação); b) aplicação do mesmo questionário em universos conhecidos (ex.: Exército); c) levantamento do censo nacional em farmacodependências.

b) Justiça

No Chile, existe projeto de Lei, submetido à consideração da Junta do Governo, para criação de um Conselho Nacional do Alcool, que coordene os diversos setores relacionados ao tema.

Incentivo da mudança para novos cultivos, em substituição ao que atualmente se dedica ao da coca (Bolívia).

c) Educação

Peru elaborou um Projeto de Programas de Educação contra o consumo de estupefacientes, organizado pela Comissão do Ministério da Educação, em colaboração com Escritório Setorial de Planejamento, contando, ainda, com assessoramento por parte de organismos internacionais que lhe oferecem cooperação.

Na Bolívia, está sendo organizado curso de treinamento para professores, com a finalidade de proporcionar-lhes melhor aptidão para o tema, já que o pessoal especializado com que se conta é muito reduzido.

Na Costa Rica, o Ministério da Educação realizou, em 1976, prova sobre o chamado "Programa Escolar de Prevenção ao Alcoolismo", elaborado por educadores locais, a pedido do Instituto Nacional sobre Alcoolismo e da Organização Pan-Americana de Saúde. Este programa está sendo realizado, inicialmente, em fase experimental, durante três anos; abarcará o primeiro ciclo de ensino e será desenvolvido como amostra escolhida ao acaso. Depois de se avaliar a fase experimental, poderá surgir padrão de orientação para o programa, possibilitando-se, então, aplicá-lo a nível nacional, estendendo-o, finalmente, ao restante dos níveis de ensino.

5.3.3 Indagações finais

Existe conjunto de perguntas clássicas referentes à relação entre o problema do abuso de drogas e a educação. No entanto, muitas dessas perguntas são colocadas em termos ideais, distanciados da realidade concreta, e dificultam, portanto, a busca de respostas. Não se pode falar de educação como sendo algo articulado, definitivamente terminado e monolítico. Necessitamos de conceito flexível, capaz de adaptar-se à resolução do problema específico de cada país, região, grupo humano, seja o dos adultos na Bolívia ou o das crianças inaladoras de solventes do México, para citar apenas alguns dos casos.

Um conceito operativo de educação deverá ser suficiente e especialmente dinâmico, para que nos permita incluir a amplitude de uma variedade de realidades diferentes. Fato este pelo qual, como diz Edward Mileff em seu artigo "Role of the School in Education concerning Drugs", a educação concernente às drogas é tão ampla quanto a definição farmacêutica e bioquímica da mesma: "qualquer substância que, por sua natureza química, influencia a estrutura ou funcionamento de um organismo vivo".

Durante vários conclaves internacionais patrocinados, alguns pelo IMESC e outras entidades estrangeiras afins, solidifica-se, cada vez mais, o conceito que a educação relativa às drogas é amplo conjunto de atividades realizadas em meio a situações que põem em jogo professor e aluno, e uma experiência que tende a multiplicar as ocasiões de desenvolvimento intelectual, emotivo, psicológico e fisiológico dos jovens.

Um ponto importante será compreender que a relação entre educação e problema do abuso de fármacos poderá ter, em cada situação, em cada grupo humano, objetivos e métodos diferenciados.

Como se considera o problema da droga: isolado ou relacionado com algum outro? Tradicionalmente, manteve-se um foco dirigido à consideração isolada do problema das drogas, por ocasião do surgimento deste como manifestação recente em alguns países subdesenvolvidos. No entanto, aprofundando esta análise, a maioria dos estudos especializados situa o problema da farmacodependência em função de outros e vários problemas sociais. A farmacodependência tem causas similares a comportamentos delituosos, tais como a delinquência, a prostituição, condutas anônimas emergentes.

A educação, como tal, apresenta nova concepção de aproximação ao problema? As aproximações clássicas têm estado ligadas à pura repressão e ao controle daqueles que foram detectados, incorrendo em alguma forma de farmacodependência. Paralela ao desenvolvimento do conceito de reabilitação, surge preocupação em relação aos métodos educativos. De acordo com definições citadas em estudo da UNESCO, preparado para um grupo de especialistas reunido em 1972: "Educação significa o ato de desenvolver as faculdades físicas, intelectuais e morais, enquanto informação significa novidades e material real fornecido pela imprensa, rádio ou televisão".

Mais do que conteúdos informativos, a educação procura modificação dos valores e atitudes em função de um desenvolvimento e progresso da vida em sociedade. Ainda mais, esta modificação não é conseguida, aparentemente, pelos métodos repressivos, nem pelo controle rígido dos tratamentos de reabilitação. Será necessário vincular, então, a educação, como fórmula de obtenção de enfoque consciente mais amplo, a todo tratamento que, verdadeiramente, queira afetar as causas do problema?

Será a educação capaz de ser utilizada em favor de u'a mudança de atitudes nas pessoas afetadas? Será instrumento adequado para a prevenção do problema? A possibilidade de mudanças das atitudes amplia o panorama de localização do indivíduo dentro de uma gama de opções. Se este processo é tecnicamente guiado, poderiam existir, então, melhores probabilidades de opções condizentes com seu desenvolvimento individual ou grupal. Isso implica prevenir as opções negativas, fato pelo qual se infere que a seleção de métodos e técnicas educativas significa um desafio aos responsáveis pelos programas de prevenção.

Técnicas educativas já comprovadas como efetivas frente a outros problemas podem ser adaptadas à situação da farmacodependência? Em caso positivo, quais técnicas escolheríamos? Em caso negativo, de que forma poderíamos inovar, descobrir e aperfeiçoar uma metodologia?

Por outro lado, se não existem avaliações sistemáticas dos métodos educativos aplicados, não poderão, tampouco, aparecer técnicas cuja efetividade seja cientificamente válida. Como superar este obstáculo?

Que instituições devem ser as responsáveis pela educação? É evidente que a família delegou muitas de suas antigas responsabilidades em relação aos filhos às instituições que, de alguma forma, assumem a tarefa de educação sistemática. É desta maneira que a tarefa de educar, em geral, e com respeito ao abuso de fármacos, em particular, é delegada, em muitos casos, às instituições de ensino.

A nova dinâmica familiar redundou, entre outros aspectos, em: maior acesso de jovens a centros docentes, ao ensino realizado através de grupos numericamente muito grandes, à dificuldade em oferecer tratamento personalizado. Nem pais, nem professores, podem dar conta dos extensos horários nos quais o adolescente se socializa com seus companheiros, perambula e fica ocioso.

Corresponderia, aqui, formular-nos a pergunta de se, acaso, não estaremos exigindo excesso de responsabilidade de instituições como a Escola que, tendo se desempenhado tradicionalmente, e durante muito tempo, na preparação de seu pessoal para funções a ela apropriadas na área da transmissão do conhecimento, não tem a possibilidade e sequer a capacidade para realizar extensão comunitária, abordando problema social desta envergadura. Além do mais, não se trata apenas de delegar responsabilidades, mas de compartilhar autoridade. Conseqüentemente, surge a preocupação no sentido de se criar instituições especializadas para a abordagem do problema da droga (comissões nacionais, etc.), apesar destas terem a obrigação de coordenar sua ação com outros organismos, para atingir a população de modo mais efetivo. A questão passa a ser, então, se a existência destas últimas instituições revela, realmente, à família e/ou à escola, seus feitos e resultados. Apesar de que, a nível teórico, se reconheça relacionamento de todos com o problema, na prática, acaso não existirá tendência ao desligamento da quota-parte correspondente de cada um?

Qual a relação entre informação transmitida pelos meios de comunicação de massa e educação preventiva? Levando em conta o alcance e repercussão que, hoje em dia, possuem os meios massivos, é necessário questionar em que medida estes contribuem ou dificultam a educação preventiva com respeito às drogas. A informação transmitida, muitas vezes, não acompanha os aspectos educativos básicos, resultando, inclusive, antagônica a estes. Da mesma forma como os governos,

por um lado, censuram e criticam determinados vícios sociais, por outro, permitem, implícita ou explicitamente, conteúdos que os fomentam. Cabe perguntar se o material produzido e transmitido deve, ou não, ser centralizado, avaliado e aprovado por instituição especializada, antes de poder ser amplamente divulgado.

Estas são algumas das questões que devemos encarar. Da real aplicação destas e de outras respostas dependerão as diretrizes de futuros programas. Sintetizando, diremos que se trata da consecução de esforços e verbas, hoje necessários para melhoria da condição de seres humanos.

Participação Comunitária

6.1 EXTENSÃO. LIMITES.

Partindo-se de abordagem em termos de saúde pública, pode-se considerar o uso indevido de drogas ameaça tal à integridade física da sociedade, que exige integração de programas de prevenção e reabilitação, em meio a um sistema de regulamentos minuciosamente estruturado, fartamente preenchido por mecanismos de proteção social, onde o Estado deve ter papel predominante. Neste rol de atribuições da administração central, cabe aos serviços próprios, além do mais, cuidar do albergamento, emprego, educação e acompanhamento posterior do "ex-dependente" ou "reabilitando".

É sabido que, em cada país, o conjunto de atitudes e políticas nacionais, no domínio da saúde pública, da previdência e em todos os campos correlatos, exerce influência determinante sobre programas e projetos específicos, relacionados ao setor mais restrito do problema. Mesmo assim, não é de todo fácil encontrar meio de se formular recomendações, de ordem prática, que satisfaçam aos interesses da administração central e de seus órgãos, sem assumir, necessariamente, posição de crítica ao sistema global, evitando, também, tratamento "especial" a uma área da saúde pública que, pelo contrário, necessita de "normalização".

Neste contexto, análises até hoje divulgadas concluíram que as políticas globais dos diferentes países, nesta área específica, evoluíram com extrema lentidão e estiveram subordinadas a um número de fatores inesperados, mas que muitas foram as oportunidades de se realizar aprimoramentos nos serviços e projetos já criados, com vistas à prevenção do uso e abuso de drogas e à reintegração dos farmaco-dependentes na sociedade.

É difícil apontar, no entanto, no quadro relativo à integração da comunidade nos serviços de saúde mental, modelo específico a ser seguido, até mesmo em âmbito nacional, uma vez que o entendimento a respeito do problema varia de acordo com regiões, costumes e principalmente, com o grau de informação que as diversas camadas da população possuem a respeito da

matéria. Isto explica a grande diversidade de funções, atribuições e, ainda, a relativa eficácia dos serviços encarregados da prevenção da farmacodependência e da reintegração ao convívio social.

Não se pode reabilitar indivíduos socialmente desajustados ignorando-se o aspecto do convívio comunitário, isto é, lançando mão apenas dos recursos formais de tratamento.

É importante partir do princípio de que a não-segregação dos indivíduos representa fundamento básico; por uma parte, para evitar o estigma de indivíduos pertencentes a subgrupo da sociedade, o que, de **per si**, já representaria freio no processo de reintegração e, por outro lado, para afastar a ocorrência de comportamento perigoso por parte do reabilitando, ou seja, passividade e acomodação, resultantes da sua inclusão em uma classe especial de indivíduos, tal que sua identificação positiva com o meio social e a relação de pertinência não se manifestem de acordo com o desejado.

Em outras palavras, desprezar a integração comunitária e, conseqüentemente, não proporcionar condições de desenvolvimento para tal, significa substituir a farmacodependência por outro tipo de dependência, igualmente condenável, pois refere-se à aceitação de um rol passivo no desempenho do indivíduo como ser social.

Se, por um lado, a proposição sugerida justifica a não-segregação de farmacodependentes e outros indivíduos que apresentam problemas de conduta desviada, é preciso, por outro, chegar a um compromisso com o público em geral. O grau de tolerância do comportamento "anormal" dos mesmos depende da tradição local, do nível de educação e das boas relações com as categorias profissionais vinculadas à saúde mental. Subestimada que seja a tolerância da sociedade, o clamor público pode reduzir, eficazmente, o número de pessoas com "alta clínica", aumentando as exigências das restrições impostas pelos tribunais, bem como impedir o estabelecimento de residências e centros especializados, mercê das objeções que levantarão os vizinhos relativamente à sua constituição. A manuten-

ção dos mesmos em seu domicílio não é conveniente, pois os pacientes adultos, por seu lado, podem provocar conflitos em suas casas, por egoísmo, pela rudeza e devido aos hábitos higiênicos. Não será razoável que se pressione precocemente a "alta" de um paciente, tão-somente com o intuito de amenizar eventuais conflitos com seus próprios familiares.

Em alguns países, tradicionalmente, grande número de pacientes com deficiências evidentes permanece em residências privativas, sendo certo que, quando o comportamento ou os sintomas se tornam alarmantes para os familiares ou indiquem ser impossível continuar a manter grau de confiança até então havido, hospitais mentais ou departamentos psiquiátricos dos hospitais gerais, ou os próprios centros isolados, incumbem-se de prestar imediata assistência, nos moldes até agora preconizados.

A controvérsia, entretanto, em torno do significado da expressão "participação comunitária" vem de longa data e se manifesta a cada oportunidade em que a questão é abordada. Mais sábio seria concluir que é a própria prática da participação comunitária — entendida como a procura de formas de intervenção diferentes das tradicionalmente adotadas, baseadas na atenção dada por profissionais — que, por si só, tem como tarefa especificar seu significado. A rigor, dir-se-á que a comunidade já participa de programas sociais e sanitários, uma vez que contribui e financia, ainda que indiretamente, os serviços institucionalizados.

No entanto, em se tratando especificamente de prevenção e reabilitação social de farmacodependentes, e levando-se em conta a formação complexa da sociedade moderna, a participação comunitária deve se manifestar:

1. a partir do relacionamento de cada indivíduo com o círculo menor de seu ambiente — família, escola, vizinhança, grupo de interesse, sociedade de bairro, conselho municipal;
2. pelo desempenho das instituições e dos serviços que formam a estrutura da grande comunidade nacional — meios de comunicação de massa, organizações beneficentes e de voluntariado, serviços de saúde mental institucionalizados.

A participação, portanto, deve ser encarada segundo comportamento ativo, que vai mais além do pagamento de impostos. Dessa forma, a integração comunitária se faz sentir na tarefa de detecção da população "vulnerável", em um primeiro momento, seguindo, depois, com medidas próprias, à verificação da extensão do consumo de drogas, tudo com o intuito de evitar que consumidores ocasionais se transformem em dependentes. Em termos preventivos, seria esta a finalidade a ser cumprida, complementada, ainda, pelo esclarecimento adequado do público a respeito da ação das drogas e do papel da comunidade no abrandamento do processo de dependência.

Programas comunitários subministram, idealmente, centros de trabalho e clubes para reuniões sociais, habitualmente organizados por parcela representativa de pacientes e pelo pessoal técnico. Os hospi-

tais têm revelado, no mais das vezes, ser úteis ao permitir a alguns pacientes levar vida mais ativa; todavia, o envio de grupos de dependentes a grandes estabelecimentos apresenta desvantagens, sendo inútil ou mesmo perigoso, devendo referir-se que, no caso vertente, será aconselhável manter íntima conexão com a unidade de tratamento, não perdendo de vista o mundo exterior.

A participação comunitária implica, pois, trabalho em dois níveis, bem diferenciados e, ao mesmo tempo, profundamente interdependentes. Em primeira instância, estaria o desempenho de cada indivíduo em seu círculo de vida mais estreito, bem como a atuação de grupos comunitários mobilizados, tanto em termos de prevenção, quanto em auxílio na reintegração de egressos dos serviços de saúde mental.

Em se tratando do aspecto preventivo, os grupos comunitários, auxiliados por profissionais relacionados à área de saúde mental, poderiam proporcionar a seus membros esclarecimento sobre o problema do uso indevido de drogas, por intermédio de palestras e até mesmo mediante participação em programas de ação vinculados a este tema. Fundamental, no entanto, seria que cada comunidade oferecesse alternativas sócio-culturais as mais diversas e eficazes, de modo a afastar do convívio de seus membros o fantasma da desintegração estrutural causada pelo recurso às drogas. O foco principal, naturalmente, deve estar voltado à faixa populacional mais jovem, de idades variáveis entre 17 e 25 anos, ou seja, camada da comunidade que se encontra em período de transição, onde a insegurança, conflitos e indefinições existenciais podem favorecer a busca de satisfação em meios diversos dos que não lhe oferecem boa resposta aos estímulos interiores.

Programação integrada entre a comunidade e as unidades educacionais que a circundam também possui dimensão que beneficia os objetivos preventivos da farmacodependência. Treinamento especializado de professores revela-se de grande utilidade, tanto para contato com jovens, quanto para boa informação ao nível de grupos de pais.

Uma vez mencionada, é preciso especificar o quanto vale a intervenção do sistema educacional no âmbito da integração comunitária. Neste sentido, é preciso considerar que:

1. o sistema escolar é estrutura social única, mediante a qual deve passar a maioria dos cidadãos;
2. é mais sensato patrocinar atitudes com relação à farmacodependência, tanto médicas como não médicas, em idades mais precoces, do que tentar modificar atitudes inadequadas em etapas mais tardias da vida.

Tarefas dos grupos comunitários seria, ainda, estabelecer vínculos com os serviços institucionalizados de saúde mental, de forma que o trabalho de reabilitação dos usuários de drogas pudesse realmente gozar de continuidade sadia, quando da passagem do reabilitando para a comunidade terapêutica e desta para o convívio social exterior. Nesta fase, todo tipo de desempenho orientado é válido, seja ele voluntário e/ou profissional; adquire importância fundamental no

relacionamento entre paciente e família, em cuja ligação e contato permanentes encontra-se grande parte do êxito a ser alcançado no tratamento. No caso da inexistência do marco familiar, redobra a importância do trabalho comunitário junto aos pacientes, visando à sua reintegração social.

A participação comunitária, no que toca ao desempenho das instituições e serviços que formam a estrutura maior da comunidade nacional, deve ser alvo de atenta abordagem, visando à avaliação de medidas e programas compatíveis com a realidade do fenômeno da farmacodependência.

Os meios de comunicação de massa, pela função social que desempenham, evidentemente, possuem papel importantíssimo no tocante ao problema. Seria conveniente que deixassem de manifestar interesse negativo em relação a certos aspectos das drogas e mesmo de seu uso, o que, na realidade, nada faz a não ser reforçar as atitudes de rejeição aos centros de tratamento e seus clientes, dificultando, sobremaneira, a reintegração. É preciso esclarecer aos profissionais da comunicação massiva que não é correta a associação automática que costumam estabelecer entre crime-juventude-farmacodependência e, ainda, que nem todas as drogas são iguais, devendo-se fazer distinção muito precisa entre seus vários tipos e usos. Bom seria se destacassem, também, o meio e as condições sociais que podem levar ao consumo de drogas, a fim de suscitar, junto à opinião pública, maior compreensão com relação à figura do farmacodependente, incitando-a a se interessar mais ativamente e mediante espírito mais construtivo na procura de soluções que possam ser dadas a tais problemas sociais.

Os meios de comunicação de massa devem assumir como tarefa a modificação do ponto-de-vista da opinião pública com relação às drogas. Sua campanha deve inspirar-se na vontade de desfazer a imagem dramática do problema, apresentando-o em toda a sua complexidade, de maneira a levar o público a fazer distinção entre o farmacodependente, como ser humano, e o consumo de drogas, em geral, como problema social.

Informar para educar. Mas de quem, especificamente, seria esta tarefa? Dos técnicos em saúde pública, dos profissionais em comunicação social, especialmente treinados para tal finalidade, ou de ambos? O que se sugere em termos de conteúdo de informação?

Há boas razões para cooperação estreita entre autoridades relacionadas à saúde e responsáveis pelos meios de comunicação coletiva. Os profissionais do campo da saúde, no entanto, não são as pessoas mais indicadas para transmitir informação por estes meios. Exemplo dos aspectos negativos de enfoque puramente científico ficou evidenciado em uma série de programas de televisão sobre drogas, na Tchecoslováquia, em que os próprios médicos davam, diretamente, as informações, mas obtendo pequeno êxito, apesar de, ou devido ao fato de, ter havido esforço consciente em serem objetivos e realistas. Melhores resultados foram obtidos quando a mesma informação foi editada e transmitida por jornalistas, cuja especialidade profissional era o campo da comunicação.

No que diz respeito ao conteúdo da informação, deve-se pontualizar que há determinados tipos de mensagem que, invariavelmente, se mostram contraproducentes, recomendando-se, daí, sua exclusão dos materiais de informação em geral, tais como:

- O uso da droga X sempre causa a condição Y.
- O uso da droga X nunca causa a condição Y.
- As drogas são o único problema.
- Só se faz uso indevido das drogas ilícitas.
- A farmacodependência é problema exclusivamente juvenil.
- Este tratamento é a resposta.

Outra incumbência que pesaria sobre a comunidade e que poderia ser levada a efeito por intermédio dos dirigentes que, institucionalmente, a representam, seria a criação de organizações orientadas, sobretudo, ao estímulo do esforço pessoal, em lugar das organizações tradicionais de beneficência. Desta forma, a reintegração teria condições de assumir características de desempenho ativo por parte do ex-farmacodependente, o que aliviaria, sobretudo, o impacto do seu reencontro com o meio-ambiente original. Colaboração deste tipo, entretanto, na qual todos os membros da comunidade devem assumir responsabilidades, não será praticável, a menos que as administrações central e local, por um lado, e os serviços e grupos de pressão interessados, por outro, concentrem e reúnam seus esforços para a mesma meta.

Outro elemento-chave da integração comunitária de farmacodependentes é representado pelos centros de readaptação, cujo funcionamento ocorre em estreita colaboração com serviços de saúde mental institucionalizados e a população em geral. Entre as tarefas de sua competência, podem ser ressaltadas as seguintes:

1. avaliação e orientação profissional, fundadas nas exigências do mercado de trabalho;
2. preparação profissional, que pode ser objeto do programa de uma entidade com fins terapêuticos;
3. formação profissional especializada, que pode ser adquirida tanto em centros de readaptação, como de acordo com as possibilidades, em escolas profissionalizantes comuns;
4. seleção e acompanhamento posterior de casos; é aconselhável o seguimento dos casos, para auxiliar os pacientes a enfrentar os problemas da readaptação, logo que estes aparecem, contribuindo, assim, para evitar a reincidência.

Vale enfatizar que o cuidado comunitário depende, entre outros, da presença de visitantes sociais e outras pessoas que proporcionem sua ajuda. Assistente social com formação e experiência psiquiátricas pode empreender trabalho intensivo com seus próprios pacientes ou com suas famílias, bem como ajudar outras visitantes sociais quanto aos princípios de tratamento e acompanhamento. Em alguns países da Europa, a autoridade local está obrigada por lei a contratar funcionários dos serviços de bem-estar mental, ou funcionários dos serviços de saúde mental, para substituir os parentes

quando os farmacodependentes estão socialmente isolados e requerem internação obrigatória.

Em termos específicos, o objetivo final de todo o processo de reintegração deve ser encarado como a criação de seres humanos capazes de exercer atividade política e social, isentos de qualquer dependência relacionada aos serviços sociais, bem como de qualquer farmacodependência.

Terapeutas, juristas e médicos, entre outros, responsáveis que são pelo tratamento e solução do problema, devem intensificar sua colaboração, com fins à elaboração de planos orientados não somente ao mesmo objetivo, mas que tenham em conta divisão de funções e tarefas. Desta forma, pode-se evitar soluções aparentes, que tendem a mascarar as dificuldades, em lugar de enfrentá-las. Cada organismo, seja ele privado, semi-oficial ou oficial, deve definir claramente seu objetivo, a fim de oferecer serviços coerentes à sua clientela e tirar, assim, o melhor partido possível dos recursos técnicos e dos serviços disponíveis.

Por mais que se estabeleçam diretrizes precisas e minuciosas a respeito da organização e funcionamento de programas de reabilitação de usuários de drogas, não se pode deixar de reconhecer a existência de grande vácuo no que se refere à estrutura relativamente à qual esta dinâmica ocorre. Afinal, para que o desenvolvimento destes recursos seja coerente com a realidade social e econômica, é preciso o reconhecimento de normas e conceitos qualitativos, capazes de definir um sistema específico de ação.

Se assim não fosse, a quantidade de dúvidas quanto à efetividade dos programas de tratamento teria proporções contundentes. Ou, ainda, seria o caso de perguntar: qual seria o **verdadeiro** objetivo destes programas — **reabilitar ou proteger a sociedade dos efeitos do comportamento desviante?**

Quando o dependente de drogas, ou alcoólatra, é desintoxicado, quão diferente ele é, realmente, das milhares de outras pessoas que possuem problemas de comportamento? **E os responsáveis pelo acionamento de programas, o que fazem? Combatem os problemas sociais e de comportamento das pessoas ou apenas a presença ou ausência de determinada substância química que pode conferir ao organismo certo padrão de comportamento?**

6.2 SAÚDE SOCIAL E DO COMPORTAMENTO

Na realidade, ao abordarmos as farmacodependências, é necessário que ampliemos o alcance das considerações, fazendo compreender que a elaboração de políticas relacionadas às drogas deve levar em conta grande cadeia de fenômenos sociais, dos quais uso indevido de substâncias que causam dependência física e/ou psíquica é apenas pequena parte. A partir do momento em que se reconhecer que a sociedade **gera** — ela própria — um número infinito de circunstâncias negativas e difíceis para o desempenho individual, estaremos em condições de compreender vários outros fenômenos integrantes e decorrentes desta situação.

O que se tem em mente, no entanto, ao relevar questões desta natureza, é a proposição de sistema de saúde compatível com tudo o que foi exposto no presente documento. Irrecusavelmente, apenas mediante a prática do atendimento, segundo esquema de Saúde Social e do Comportamento, é que se pode chegar à **verdadeira** reabilitação de um indivíduo socialmente desajustado, em termos de padrões comportamentais, bem como à sua reinserção social.

Este sistema de Saúde Social e do Comportamento deve abranger não somente problemas atinentes às farmacodependências e ao alcoolismo, mas também os graves distúrbios no âmbito da saúde mental e, ainda, as manifestações de comportamento desviado. A compreensão deste sistema, em última instância, evidencia a conveniência da sua adoção, pois mediante o seu prisma é que percebemos não só os efeitos imediatos de determinado comportamento, como também suas causas reais e remotas.

Dada a ausência, em âmbito nacional, de qualquer proposta de caráter oficial neste sentido, e para escapar ao enquadramento exclusivamente legal (como ocorre com as drogas), propõe-se a formulação de linhas-mestras para um Sistema de Saúde Social e do Comportamento, a cargo de uma Comissão, composta de elementos altamente especializados, devidamente inteirados das práticas existentes em outros países, e credenciada para tal.

Uma vez conformada, esta Comissão se encarregará de tarefa extensa e fundamental para o futuro estabelecimento de sistema operativo eficiente, englobando as seguintes funções:

1. avaliação do sistema vigente, no que toca aos programas relacionados ao uso indevido de drogas, alcoolismo, saúde mental e comportamento desviado.

Começando pela identificação dos obstáculos que se interpõem, hoje em dia, à programação de tratamentos eficazes, e analisando sua origem — talvez decorrente de políticas impraticáveis, de estratégias errôneas no que diz respeito à consolidação de fundos, ou, ainda, frutos de administrações ineficientes — chegar-se-á à sugestão de atitudes que ponham fim a este quadro, substituindo-o por outro, cuja visão mais fiel à realidade do problema será suficientemente forte para eliminar essas barreiras.

Nessa avaliação, a Comissão deverá estudar a continuidade dos serviços destinados aos grupos específicos, fazendo levantamento paralelo das necessidades manifestas dos indivíduos que procuram atendimento nas mais diversas situações e circunstâncias. Para que se possa desenvolver abordagem global de Saúde Social e do Comportamento, há que se manter a atenção voltada não só para o que, aparentemente, pode ser entendido como o foco principal da questão, isto é, o funcionamento propriamente dito do Sistema, mas, também, às necessidades evidenciadas pelos serviços correlatos, complementares e, quem sabe, alguns até mesmo de caráter subordinado.

É preciso ter em mente as formas de financiamento e recursos, que permitam, ininterruptamente, continuidade de trabalho a longo prazo. Acredita-se

na maturidade da proposta ora em pauta, bem como numa perspectiva de ação bastante ampla, de modo a evitar respostas paliativas e que não se dispõem a enfrentar mais do que as causas imediatas, gerando apenas soluções aparentes. Não parece interessante investir tantos esforços e pensamentos em projetos que se atenham à superfície do problema, sem descer ao âmago;

2. exame das características epidemiológicas e etiológicas do uso indevido de drogas, do alcoolismo, e relacionadas à saúde mental e ao comportamento desviado, análise das condições sociais e humanas envolvidas na manifestação destes fenômenos;

3. determinação de competências específicas, a nível federal, estadual e municipal, visando à não-duplicação de serviços; estabelecimento das normas e responsabilidades de cada parte no inter-relacionamento entre órgãos oficiais — de qualquer nível — e serviços de assistência privados.

É importante enfatizar a questão da atribuição de papéis aos governos federal, estadual e municipal, de forma a evitar duplicação de serviços, ou seja, dispersão de esforços e recursos, quando a disponibilidade original destes meios já apresenta grande limitação. Com o estabelecimento de diretrizes, chega-se à racionalização da tarefa de assistência e aumentam as possibilidades de bom funcionamento da engrenagem;

4. determinação da extensão das tarefas administrativa, diretiva e de prestação de serviços na integração de programas, a nível federal, estadual e municipal.

Quando se fala na constituição de Grupo de Trabalho, ou Comissão, que analise a fundo os componentes de um plano assistencial, é fundamental que se tenha como premissa o nível de conhecimento, individual e coletivo, a respeito de todas as áreas abrangidas pelo programa, e que deve ser o mais elevado possível. Desde já, é necessário dar ênfase ao grau de informação sobre a matéria em pauta, visto que é este um dos requisitos básicos para abordagem autêntica do projeto.

De maneira alguma deve-se entender esta proposição como implicando fusão ou supressão de estruturas atualmente em funcionamento, ainda que sobre bases parcialmente obsoletas.

Para a concretização de Sistema de Saúde Social e do Comportamento, é preciso, no entanto, reformular a abordagem que se dá ao problema do tratamento e reabilitação de indivíduos socialmente desajustados. A dinâmica deste fenômeno é intensa, escapando ao campo de estudo exclusivo de uma ou outra disciplina. Ao contrário, é objeto de observação interdisciplinar, que, se não acompanhado com devida aplicação, fugirá a qualquer mecanismo de controle.

Dentro desta concepção de Sistema de Saúde é preciso fazer menção aos vínculos a serem estabelecidos entre os serviços centrais de atendimento e os serviços chamados auxiliares. Nestes, enquadram-se: reabilitação vocacional, treinamento profissional, aconselhamento familiar, recreação, habitação, auxílio econômico, educação. Definição do grau de vinculação e

do preciso relacionamento se faz necessária, já que nem o sistema de saúde vigente, por si só, nem os fornecedores de serviços, por outra parte, têm conseguido arcar, isoladamente, com a responsabilidade de dar cobertura total às exigências de verdadeiro programa de tratamento. Além disso, estabelecida a estrutura e seu mecanismo de ação, ficaria garantida a racionalização de recursos humanos e materiais.

Devido à envergadura da proposta e tratando-se de problema vinculado aos interesses nacionais da área da saúde, bem como à sociedade propriamente dita, este Sistema deve partir de base federal, com implantação da referida Comissão, irradiando-se, a seguir, para os âmbitos estadual e municipal. Neste esquema irradiado devem subentender-se, também, os serviços auxiliares privados, no nível de competência que forem julgados necessários.

6.3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sublinhando-se:

QUE não se pode considerar um indivíduo verdadeiramente reabilitado enquanto não for devolvido ao convívio social;

QUE, tão importante quanto a promoção de serviços médicos especializados de atendimento, é o incentivo ao desempenho do indivíduo como ser social ativo e participante; e

QUE, pior do que a farmacodependência, é aquele tipo de dependência que condiciona o indivíduo a uma vida marginal, em virtude de absoluta ineficácia dos mecanismos de integração comunitária.

Recomenda-se:

1. a elaboração de programas visando ao trabalho intensivo de esclarecimento nos meios escolares, já que a educação — como filosofia — e a escola — como instrumento de sua execução — constituem recursos de extremo valor na sedimentação dos padrões de comportamento de um indivíduo;
2. a adequada utilização, por parte de profissionais especializados, dos meios de comunicação de massa, veículos poderosos que são na difusão de mensagens e na influência da opinião pública;
3. a organização, por parte das sociedades de bairro e entidades de estrutura similar, de atividades que mobilizem os moradores em torno da problemática da farmacodependência, seja por meio de palestras, seja de auxílio direto na reintegração ambiental e profissional dos egressos dos serviços de saúde mental;
4. a criação de alternativas sócio-econômico-culturais que permitam ao núcleo familiar o desempenho coerente e efetivo de sua função modeladora de atitudes;
5. às organizações beneficentes e de voluntariado, que, ao invés de procederem tradicionalmente,

proporcionando aos assistidos os recursos de que carecem, se esforcem no sentido de neles inculcar a iniciativa própria como sendo a maior arma para a obtenção dos mesmos;

6. o estímulo à criação de centros encarregados de avaliar a capacidade e orientar profissionalmente os egressos dos serviços de saúde mental, segundo as necessidades do mercado de trabalho; preparo profissional e posterior formação especializada também fazem parte desta recomendação;
7. que o Estado promova a conscientização da comunidade para a tarefa de reintegrar a seu meio o indivíduo socialmente desajustado, de modo a torná-la co-responsável pelo resultado de qualquer programa desenvolvido;

8. a rigorosa formação de profissionais especializados, tanto para o tratamento da farmacodependência e de outros desvios do comportamento, como para a manipulação adequada dos mecanismos comunitários, comprometidos com o processo de reabilitação, sempre em base a uma orientação multidisciplinar;

9. a formação de um núcleo, de alto gabarito, que estude a implementação de Sistema de Saúde Social e do Comportamento, segundo bases propostas no presente documento, e que se encarregue de definir as áreas de competência de cada nível de administração pública, com vistas à não-duplicação de serviços e conseqüente dispersão de recursos.

Unidade Médico-Social: Anteprojeto

7.1 NOTAS INTRODUTÓRIAS

A unidade médico-social, conforme programa apresentado, deverá atender a uma população de 200 mil habitantes (área de captação mínima).

Com base nos dados estatísticos fornecidos pelo IMESC e em reunião com seu superintendente, prof. Ayush Morad Amar, estabeleceram-se as necessidades reais para implantação do sistema proposto:

1. localização preferida
2. 5 leitos para tratamento intensivo e 5 leitos para recuperação da emergência
3. 30 leitos para o nível H
4. 10 leitos para o nível M
5. intervenções do nível M:
 - fisioterapia
 - sala para leitura
 - sala para reuniões, projeções
 - sala para jogos
 - oficina para aprendizado vocacional
 - salas para entrevistas
 - 3 quadras
 - piscina

Permitindo-se o uso para 140 pacientes assim divididos:

- 30 em observação no nível H
- 10 internados no nível M
- 10 em atendimento de emergência
- 90 em tratamento a nível de ambulatório

Observe-se: pacientes de ambos os sexos, na proporção de 60% homens e 40% mulheres, sendo que, na fase de intervenção (nível M), turnos distintos na utilização.

Caracterização do estabelecimento

O caráter do estabelecimento está fundamentalmente definido pelas atividades que nele se desenvolvem, constituindo seu envolvente físico.

Deverá, ainda, possibilitar a melhor eficácia dos recursos disponíveis: econômicos, físicos e humanos, dirigidos fundamentalmente ao atendimento integral da população de sua zona de influência. Contribuirão como fatores externos: clima, características do solo, características do meio (sociais, econômicas, culturais), que deverão ser levadas em conta por quem projeta, na medida que signifiquem aspectos que tenham influência sobre a expressão arquitetônica.

Caracterização Médica

Sob este ponto-de-vista, a Unidade Médico-Social deverá possibilitar o fácil desenvolvimento do conjunto de atividades técnicas, harmoniosamente integradas, que, atuando sobre as pessoas, através dos serviços de saúde, tem como objetivo:

Promover — Proteger — Recuperar — Reabilitar a saúde física e mental das mesmas, participando do seu retorno à sociedade, em condições válidas.

Caracterização Arquitetônica

Na conceituação de Unidade Médico-Social deve ser levada em conta uma série de aspectos:

a) Integração ao meio

Como necessidade de ajustar-se a uma disponibilidade de espaço e unir o edifício com a realidade circundante.

b) Economia

Sob este aspecto, interessa não somente a inversão de capital que representa o custo de uma Unidade Médico-Social, mas também os "custos operacionais", constituídos pelos "gastos de uso" e "os gastos de manutenção" do edifício.

Estes aspectos estarão afetados pela maneira de inter-relacionar os setores da Unidade e pela previsão adotada para facilitar a manutenção (facilidade de limpeza, acessibilidade e instalações).

c) Solução técnico-constructiva que facilite.

Assim, adotamos como conceito um sistema que integre:

- a) A estrutura resistente;
- b) As instalações;
- c) As circulações;
- d) Os distintos serviços que compõem a unidade (relacionando-se entre si e para funcionar adequadamente).

Quanto ao aspecto funcional

Os fatores externos que influem na solução do problema podem resumir-se no seguinte:

- O alcance da instituição quanto à construção, operação e manutenção do complexo assistencial (custo inicial, custos de produção, disponibilidade de pessoal especializado).
- O meio físico: especialmente o clima, terreno e entorno urbano.
- A relação social paciente-médico-posto, característica de localização que faz parte do contexto social integral.

Da avaliação da incidência desses fatores no problema surge uma série de características físicas, funcionais e sociais, que devem ser levadas em conta para que se possa obter resposta equilibrada.

Essas características são as seguintes:

- Clareza de acesso e circulação de toda ordem.
- Facilidade na orientação do público.
- Eliminação de sistemas mecânicos de movimentos de pessoas e/ou elementos.
- Aproveitamento da iluminação e ventilação natural em todos os locais, incluindo circulações e sanitários.
- Controle das condições climáticas baseadas no projeto, materiais e disposições constructivas, de maneira a obter a melhor qualidade ambiental com a menor utilização de sistemas mecânicos de acondicionamento.
- Relação direta paciente-posto, destinada a promover a participação das pessoas nas atividades do posto.
- Relação direta entre todas as pessoas que trabalham no posto, com o interesse em favorecer o conhecimento, colaboração e integração das tarefas.

Em função desse posicionamento conceitual e de valorização das variáveis arquitetônicas e sócio-econômicas se tomam as decisões básicas prévias ao projeto:

- Revolver o edifício fundamentalmente em dois níveis de pisos.
- Modular o desenho tomando por módulo horizontal 1,20 m.

Acessos e circulações

Aos efeitos da implantação espacial e inter-relações de funções realizou-se categorização global em dois setores:

- Função assistencial, que vai desde a recepção, às intervenções.

Função de apoio

Esta última encontra-se por demais qualificada por suas relações de público e abastecimento.

Implantação ao meio físico

O sistema proposto adapta-se especialmente a terrenos horizontais, procurando-se implantar a obra, acompanhando o traçado das vias circundantes.

Sua orientação deve fazer com que as linhas contínuas de janelas favoreçam insolação equilibrada pelo dia.

Quanto ao Sistema Constructivo

Entendemos que a eleição de sistema constructivo não é uma variável a mais no problema, mas o fundamental e inseparável do próprio conceito de solução sistemática do edifício; e, na verdade, a base concreta na materialização do conceito de desenho.

Sua eleição correspondeu aos seguintes critérios:

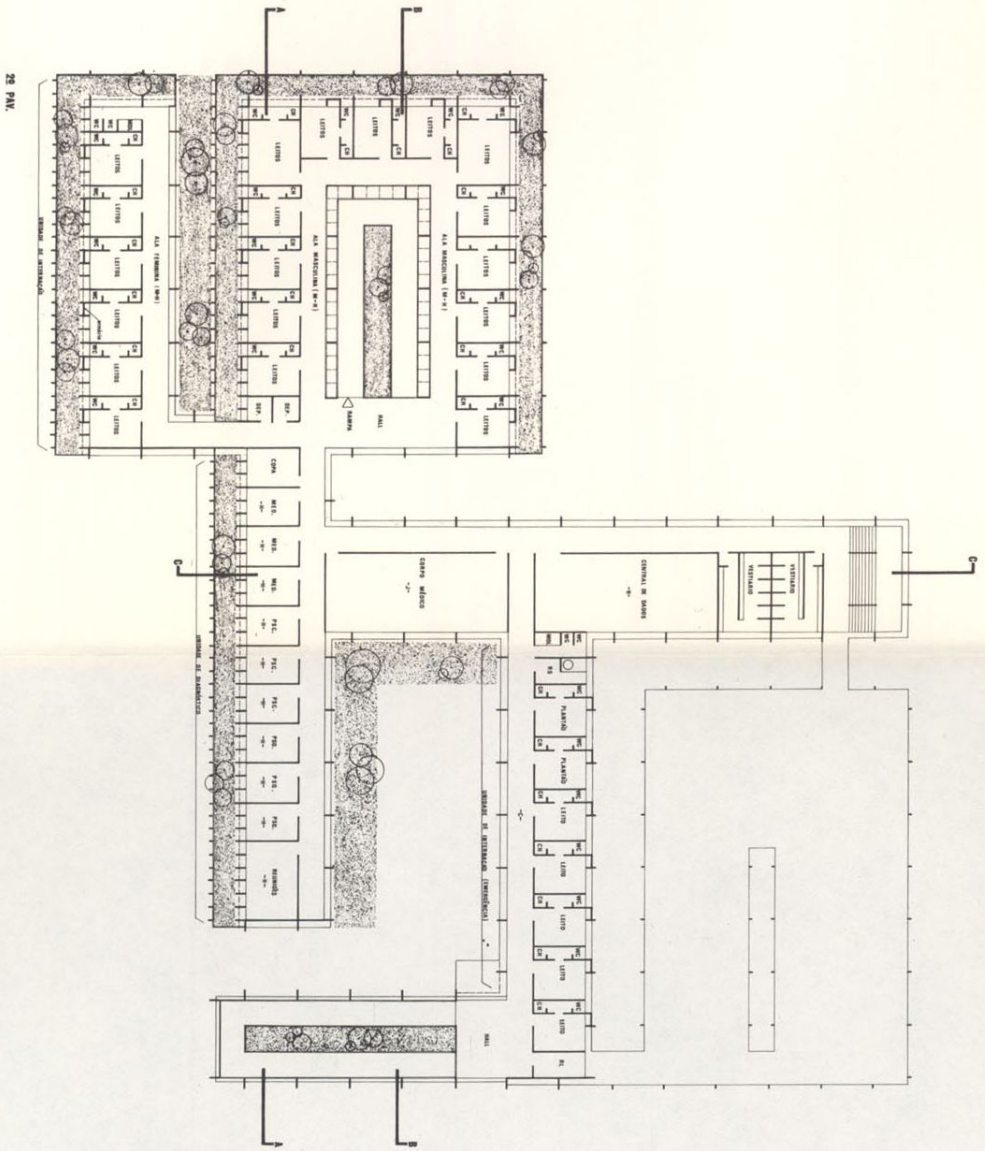
- a) Eleição do sistema constructivo a partir de postura conceitual que abranja os fatores sócio-econômicos e que esteja inserido na realidade material do país e da região.
- b) Propor sistema constructivo que se adapte com facilidade às necessidades da obra, sem exigir superestrutura técnico-constructiva (construtor, equipamento técnico, tempo) que possa dificultar sua concretização.
- c) Produzir solução constructiva que materialize o desenho conceitual do edifício.
- d) Propor sistema que, por sua simplicidade, responda às possibilidades da mão-de-obra e capacidade tecnológica do meio para permitir que os benefícios da dita obra recaiam sobre a população local.

Particularidades do Sistema: propõe-se estrutura modulada resistente, constituída por colunas e vigas de concreto armado.

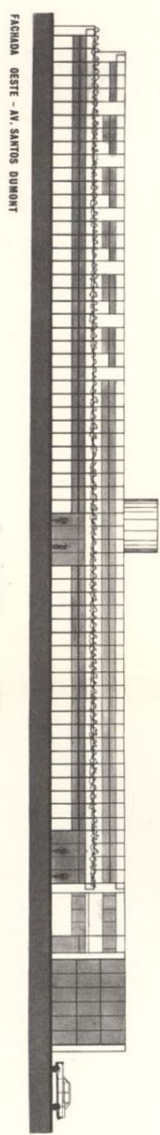
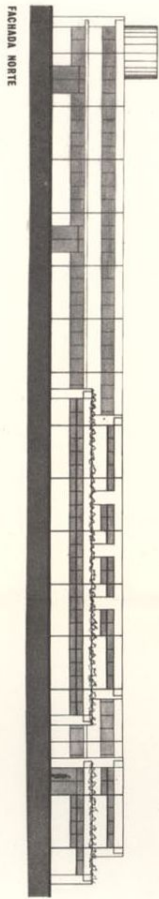
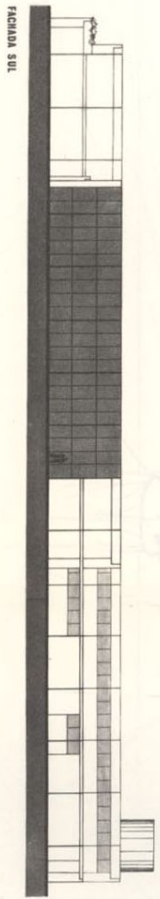
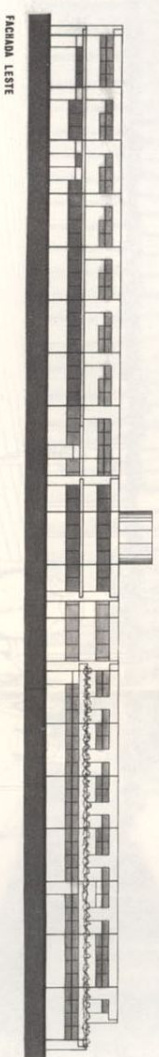
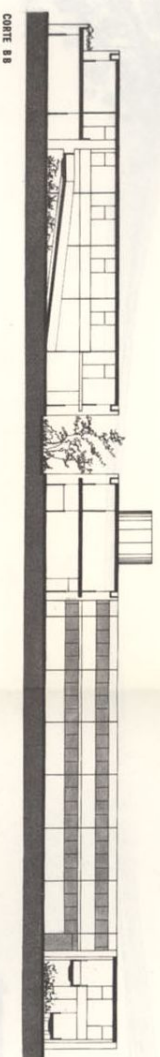
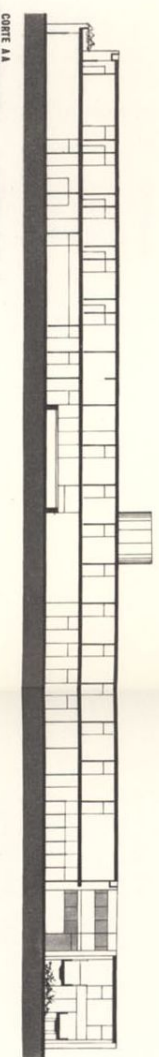
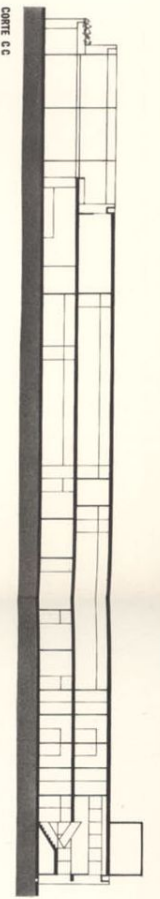
A cobertura é constituída de um teto duplo; a primeira laje com vigas a cada 1,20 m em grelha.

O espaço entre os dois tetos, que mantém adequada separação em seu perímetro externo, permite a circulação do ar, promovendo proteção térmica de grande eficácia no verão e alterando as perdas no inverno.

Em termos gerais, o sistema constructivo proposto utiliza elementos que a atual indústria dos materiais pode prover, propondo, por sua vez, uso racional e ordenado dos métodos constructivos tradicionais, gerando produto simples, sem alardes tecnológicos custosos e em perfeita harmonia com as possibilidades de construção, manutenção e operação procuradas.



IMESC	PLANTA - esc. 1:200
UNIDADE MÉDICO-SOCIAL	folha
ANTE-PROJETO	03
RACHEL CROCHNIK	



IMESC		CORTE - FACIADAS	
UNIDADE MÉDICA - SOCIAL		esc. 1200	
ANTE - PROJETO		folha	
RACHEL CROMANIK		04	

Caráter do Edifício

O caráter do edifício deriva da materialização das premissas sustentadas, sem nenhum apriorismo formal ou adjetivação particular.

A imagem do edifício é de sobriedade, ordem, e consonância, como componente de um entorno urbano, ainda que não totalmente configurado.

Valores ambientais internos

A qualidade de um posto ou hospital exige, em primeira instância, adequado controle climático.

Este controle se assegura, nessa solução, com os seguintes elementos:

— Estudo adequado de iluminação e insolação.

— O teto duplo neutraliza a transmissão de calor desta superfície ao interior dos compartimentos (conforto ambiental).

— A ventilação elevada, disposta a uma dupla orientação aproveitando os ventos dominantes, permite contar, em todos os locais, com intensa circulação de ar.

Em resumo: procura-se o aproveitamento dos fatores naturais e condições de conforto.

A ordem, clareza e amplitude circulatória propõem meio físico compreensível e promovem a intensificação e pertinência das pessoas para com o edifício.

Procuramos, através do desenho, a materialização do fato arquitetônico, em todos os elementos que são definíveis como constantes, abrangendo todos os campos, técnico, estético, científico e social, entendendo que, só assim, se fará uma verdadeira arquitetura.

7.2 ANTEPROJETO

Terreno — (em vias de localização)

Área do terreno (desejável)	27.200 m ²
Área de ocupação	3.300 m ²
Área total do projeto	5.200 m ²

Programa

unidade de ADMINISTRAÇÃO
unidade de RECEPÇÃO
unidade de INTERNAÇÃO
unidade de DIAGNÓSTICO
unidade de LABORATÓRIO
unidade de INTERVENÇÕES
unidade de EMERGÊNCIA e
CUIDADOS INTENSIVOS
unidade de SERVIÇOS GERAIS

1. Administração	M ²
Espera	11,52
Administrador	40,32
Secretaria	69,12
Contabilidade	34,56
Tesouraria	34,56
Departamento Pessoal	34,56
Sanitários	23,04

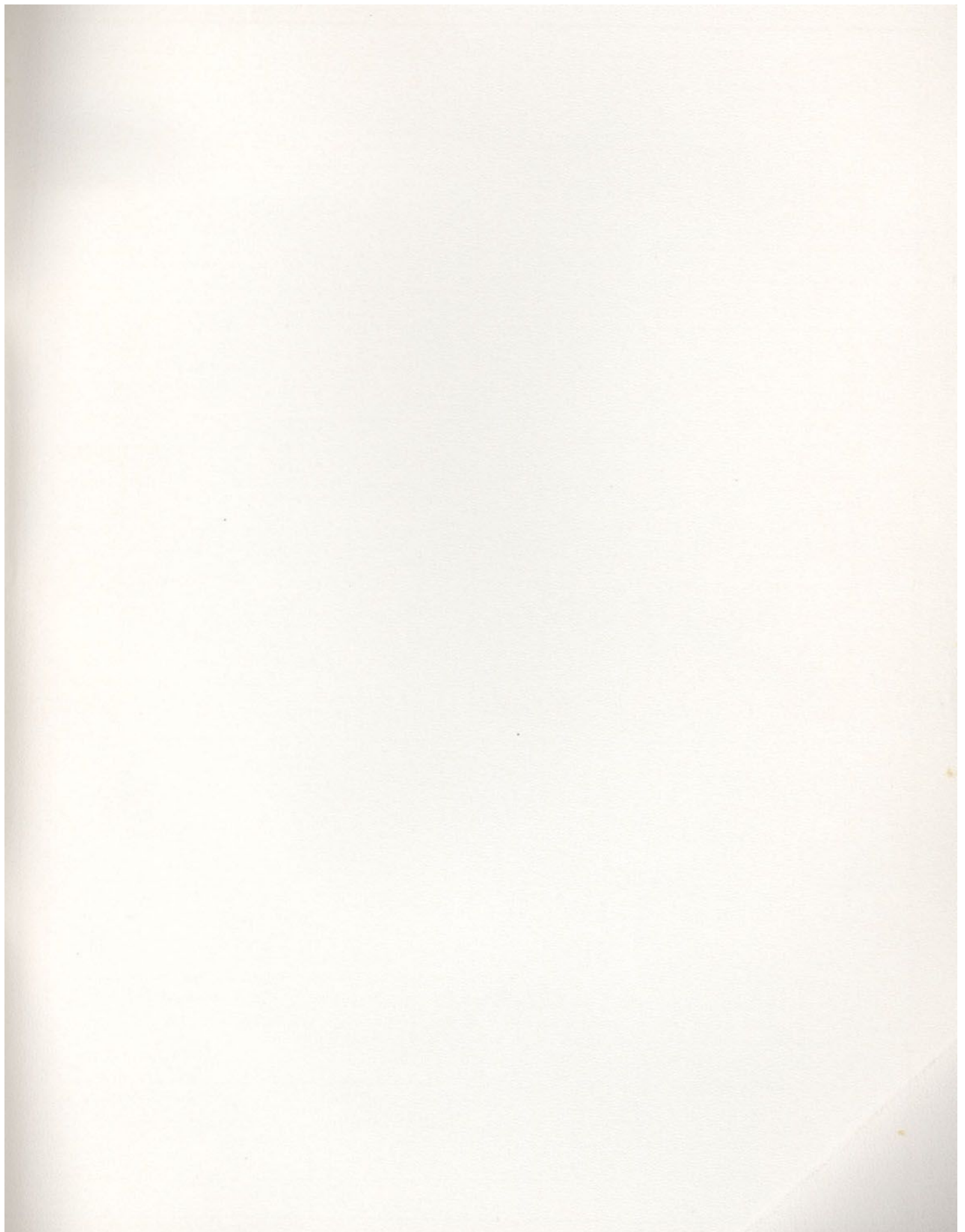
2. Recepção	
Hall de atendimento	92,16
Espera	34,16
Atendimento Nível D e F	92,16
Ambulatório	46,08
Sanitários	34,60
Hall de entrada	69,12
3. Internação	
Cômodos para 2 leitos com WC	529,22
unitário — 23,04 — total (23)	
Cômodos para até 3 leitos	69,12
unitário — 34,56 — total (02)	
Quartos para plantonistas	46,08
unitário — 23,04 — total (02)	
Copa	23,04
Depósitos em geral e WC	28,80
4. Diagnóstico	
Consultórios Médicos	155,52
unitário — 17,28 — total (09)	
Sala Corpo Médico (K)	120,96
Central de Dados (J)	120,96
Reunião	34,56
Sanitários e Vestiários	69,12
5. Laboratório	
Laboratório	112,32
6. Intervenções	
Fisioterapia	138,24
Vocacional	103,68
Jogos	103,68
Reuniões	76,32
Leitura	60,48
Sala de Atendimento (D)	34,56
Sanitários	69,12
7. Emergência e cuidados intensivos	
Espera	34,56
Recepção	25,92
Higienização	17,28
Tratamento	17,28
Cuidados Intensivos	86,40
Expurgo	38,88
Macas	7,20
Eletro e Similares	23,04
Farmácia	17,28
Curativo	17,28
Sanitários e Vestiários	69,12
8. Unidade Serviços Gerais (Apoio)	
Cantina	54,60
Refeitório	110,80
Cozinha	103,68
Almoxarifado	43,20
Depósito	43,20
Lixo	12,96
Gerador	12,96
Lavanderia	64,80
Esterilização	28,80
Oficina	46,08
Vestiários e Sanitários	46,08

Referências Bibliográficas

1. Abreu, S.F.A.; Hutyra, M.M.; Costa, M.J.T. — Controles sociais e farmacodependência. **Boletim Oficial IMESC**, ano II, n.º 2, 1977, 12:18.
2. Abreu, S.F.A. e cols. — Attitudes communautaires et pharmacodependance. **Boletim Oficial IMESC**, ano II, n.º 4, 1977, 4:15.
3. Addiction Research Foundation — The fase II pilot test of the Core-Shell treatment system. — publicação de outubro de 1977.
4. Ahlskos, J.E. Food intake in amphetamine anorexia after selective forebrain noropinephrine loss. **Brain Res**, 82:211-240, 1974.
5. Amar, Morad A. — Problemas contemporâneos relacionados às farmacodependências. Memorial publ. 1976.
6. Amar, Morad A. — Aspectos psiquiátricos do comportamento violento. **Boletim Oficial IMESC**, ano II, n.º 4, 1977, 15:17.
7. Amar, Morad A. — Aspectos bioquímicos do comportamento humano. **Boletim Oficial IMESC**, ano II, n.º 5, 1977, 5:7.
8. Amar, Morad A. — Bases neuroquímicas das funções mentais. **Boletim Oficial IMESC**, ano II, n.º 6, 1977, 7:8.
9. Amar, Morad A. — The role of alcohol and drug control legislation — Proceedings of a symposium held in Toronto on the occasion of the designation by the WHO of the ARF as a Collaborating Centre for Research and Training on Drug Dependence.
10. Amar, Morad A.; Najman, F.R.; Portela, A.R.J. — Rehabilitación de usuarios de drogas: financiación, administración y organización de servicios y programas. **Boletim Oficial IMESC**, ano II, n.º 6, 1977, 9:12.
11. Amar, Morad A.; Najman, F.R. — Santé publique, usage et abus des drogues. **Boletim Oficial IMESC**, ano IV, n.º 2, 1978, 2:4.
12. Amar, Morad A.; Najman, F.R. — Estatísticas Criminais. **Boletim Oficial IMESC**; Ano IV, n.º 6, 1978, 14:17.
13. American Medical Association. Failure to diagnose barbiturate intoxication. **The Citation**, 24:22-23, 1971.
14. American Medical Association, Council on Mental Health and Committee on Alcoholism and Drug Dependence. Oral methadone maintenance techniques in the management of morphine-type dependence. **JAMA**, 219:1618-1619, 1972.
15. Amor, D.G.; Polich, G.M.; and Stambul, H.B. **Alcoholism and Treatment**. Santa Monica, Calif.: The Rand Corporation, 1976.
16. Aron, W.S., and Daily, D.W. Graduates and splitees from therapeutic community drug treatment program: a comparison. **Int J Addict**, 11:1-18, 1976.
17. Bourne, P.G.; Hunt, L.G.; and Vogt, J. **A Study of Heroin Use in the State of Wyoming**. Report prepared for Department of Health and Social Services, Wyoming. Washington, D.C.: Foundation for International Resources, Inc., 1975.
18. Brook, R.C., and Whitehead, P.C.44: A therapeutic community for the treatment of adolescent amphetamine abusers. **Corrective and Soc Psychiatry J Appl Behav Ther**, July, 1973, pp 10-19.
19. Byck, R. and Van Dyke, C. What are the effects of cocaine in man? In: Petersen, R.C., and Stillman, R.C., eds. **Cocaine 1977**. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1977.
20. Cahalan, D., and Cisin, I.H. **Final Report on a Service-Wide Survey of Attitudes and Behavior of Naval Personnel Concerning Alcohol and Problem Drinking**. Washington, D.C.: Bureau of Social Science Research, 1975.
21. Caplan, G. **Support Systems and Community Mental Health**. New York: Behavioral Publications, 1974.
22. CEMEF "Guia Técnica para la realización de investigaciones epidemiológicas en población escolar". México, Centro Mexicano de Estudos en Farmacodependencia — CEMEF, 1976, série folhetos técnicos.
23. CICRIB. Contribuição ao Projeto "Narcotic Drugs" Cicrib, São Paulo, Ano I, n.º 9, Junho 1976, p. 1.
24. Cohen, S., ed. Skin signs of substance abuse. **Drug Abuse and Alcoholism Newsletter of the Vista Hill Foundation**, 6 (3), April 1977.
25. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (1967), 14.º informe, **Org. Mund. Serv. Inf. Tec.** n.º 363.
26. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (1969), 16.º informe, **Org. Mund. Serv. Inf. Tec.** n.º 407.
27. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (1970), 18.º informe, **Org. Mund. Serv. Inf. Tec.** n.º 460.
28. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (1973), 19.º informe, **Org. Mund. Serv. Inf. Tec.** n.º 526.
29. Comité de Expertos de la OMS en Farmacodependencia (1974), 20.º informe, **Org. Mund. Serv. Inf. Tec.** n.º 551.
30. Commission (Canadian) of Inquiry into the Non-Medical Use of Drugs. **Final Report**. Ottawa: Information Canada, 1973.
31. Contini, A. "Hospitals".
32. Curty, J.P. — L'alcoolique devant la Justice Penale. **Boletim Oficial IMESC**, ano I, n.º 12, 8-10.
33. Davis, D.I. Forum: family therapy for the drug user — conceptual and practical considerations. **Drug Forum**, 6(3): 197-199, 1977-78.

34. De Leon, G.; Skodol, A.; and Rosenthal, M.S. Phoenix house: changes in psychopathological signs of resident drug addicts. *Arch Gen Psychiatry*, 28:131-135, 1973.
35. Dell Orto, A.E. The role and resources of the family during the drug rehabilitation process. *J Psychedel Drugs*, 6:435-445, 1974.
36. Domestic Council Drug Abuse Task Force. *White Paper on Drug Abuse: A Report to the President*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1975.
37. Drug Abuse Council. *Employment and the Rehabilitate Addict: Employment Experience and Recent Research Findings*. Washington, D.C.: the Council, 1973.
38. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol 1, n.º 3, February 1976. Elsevier Sequoia SA, Lausanne, Switzerland.
39. *Drug and Alcohol Dependence*, Vol 2, n.º 1, January 1977. Elsevier Sequoia SA, Lausanne, Switzerland.
40. Drug Enforcement Administration. "DEA Laboratory Analyses: Schedule II, III and IV Anoretics." Unpublished paper. Washington, D.C.: Office of Compliance and Regulatory Affairs, March 16, 1976.
41. DuPont, R.L. Heroin addiction treatment and crime reduction. *Am J Psychiatry*, 128(7):856:860, 1972.
42. DuPont, R.L. The drug abuse decade. *J. Drug Iss*, 1978.
43. DuPont, R.L., and Greene, M.H. The dynamics of a heroin addiction epidemic. *Science*, 181:716-722, 1973.
44. Eckerman, W.C.; Bates, J.D.; Rachal, J.V.; and Poole, W.I. *Drug Usage and Arrest Charges*. Washington, D.C.: Drug Enforcement Administration, 1971.
45. Finkle, B.S., and McCloskey, K.L. The forensic toxicology of cocaine. In: Petersen, R.C., and Stillman, R.C., eds. *Cocaine 1977*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1977.
46. Finnegan, L.P. Narcotic dependence in pregnancy. *J Psychedel Drugs*, 7:299-311, 1975.
47. Finnegan, L.P.; Reeser, D.S.; and Ting, R.Y. "Methadone use during pregnancy: effects of growth and development." Paper presented at the National Drug Abuse Conference, San Francisco, Calif., May 1977^a.
48. Friedman, C.J., and Friedman, A.S. Drug abuse and delinquency. Part II: Drug use in three groups of lower social class adolescent boys. In: National Commission on Marihuana and Drug Abuse. *Drug Use in America: Problem in Perspective*. Appendix, Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
49. Glaser, F. Some historical aspects of the drug-free therapeutic community. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 1(1): 37-52, 1974.
50. Griffith, J.D.; Nutt, J.G.; and Jasinski, D.R. A comparison of fenfluramine and amphetamine in man. *Clin Pharmacol Ther*, 18:563-570, 1975.
51. Grupo de Estudio de la OMS. — Juventud y las Drogas. *Org. Mund. Salud Serv. Inf. Tec.* n.º 516.
52. Hutyra, M.M.; Costa, M.J.T.; Iriya, Y.; Leber, R.A. — Effects of legal controls on drug abuse. *Boletim Oficial IMESC*, ano II, n.º 3, 1977, 7:20.
53. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo — IMESC. Como identificar las drogas y sus usuarios? Ano II, n.º 1, 7:14.
54. Instituto de Medicina Social e de Criminologia de São Paulo. El papel de la educación en el problema de la farmacodependencia. Ano II, n.º 1, 14:17.
55. Instituto dos Arquitetos do Brasil, "Planejamento Hospitalar".
56. Jacoby, J.E.; Weiner, N.A.; Thornberry, T.P.; and Wolfgang, M.E. Drug use and criminality in a birth cohort. In: National Commission on Marihuana and Drug Abuse. *Drug Use in America: Problem in Perspective*. Appendix. Volume 1. Patterns and consequences of drug use. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
57. Jessor, R., and Jessor, S.L. The perceived environment in behavioral science: some conceptual issues and some illustrative data. *Am Behav Sci*, 16:801-828, 1973.
58. Jessor, R., and Jessor, S.L. *Adolescent Development and the Onset of Drinking: A Longitudinal Study*. Boulder: Institute of Behavioral Science, University of Colorado, May 1974.
59. Kandel, D.B.; Kessler, R.C.; and Margulies, R.Z. Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis. In: Kandel, D.B., ed. *Longitudinal Research on Drug Use: Empirical Findings and Methodological Issues*. Washington, D.C.: Hemisphere (Halsted-Wiley), 1978.
60. Kirschenbaum, H. *Advanced Values Clarification*. La Jolla, Calif.: University Associates, 1977.
61. Kramer, J.F.; Cameron, D.C. *La Pharmacodependencia*. OMS, 1975.
62. Kramer, J.F.; Cameron, D.C. — Manual sobre dependencia de las drogas. *Organ. Mund. Salud* (1975).
63. Law Enforcement Assistance Administration. *National Evaluation Program: Treatment Alternative to Street Crime (TASC)*. Washington, D.C.: U.S. Department of Justice, 1976.
64. Legal Action Center. *Employment Discrimination and How to Deal with It*. Services Research Report. Rockville, Md.: National Institute on Drug Abuse, 1977.
65. Lettieri, D.J., ed. *Predicting Adolescent Drug Abuse: A Review of Issues, Methods and Correlates*. Washington, D.C.: Government Printing Office, 1975.
66. Lettieri, D.J., ed. *Drugs and Suicide: When other Coping Strategies Fail*. Beverly Hills, Calif.: Sage Publishers, 1978.
67. Ling, W.; Charuvastra, V.C.; Kaim, S.C.; and Klett, C.J. Methadyl acetate and methadone as maintenance treatment for heroin addicts. A Veterans Administration Cooperative Study. *Arch Gen Psychiatry*, 33:709-720, 1976.
68. Lopez-Rey, M. Drug Addiction: Socio-Political Problem, *Journal of Drug Issues*, Winter, 1975.
69. Louria, D.B.; Hensle, T.; and Rose, J. The major medical complications of heroin addiction. *Ann Inter Med*, 67:1-22, 1967.
70. Mednick, S., and Christiansen, K.O. *Biosocial Bases of Criminal Behavior*. New York: Gardner Press, 1977.
71. Ministério da Saúde, "Normas de construção e instalação do hospital geral".
72. Moser, J. *Problems and Programmes Related to Alcohol and Drug Dependence in 33 Countries*. Geneva: World Health Organization, 1974.
73. Naciones Unidas División de Estupefacientes, "Carta de Información", n.º 1, Enero de 1976.
74. National Commission on Marihuana and Drug Abuse. *Drug Use in America: Problem in Perspective*. Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1973.
75. National Institute on Drug Abuse. *Toward a National Strategy for Primary Drug Abuse Prevention*. Final Report Delphi II. Rockville, Md.: the Institute, 1975.
76. National Institute on Drug Abuse. *CODAP. Statistical Series Quarterly Report, Series 5, April-June 1976*. Rockville, Md.: the Institute, 1976.
77. National Institute on Drug Abuse. *Statistical Series Quarterly Report: April-June 1976*. Washington, D.C.: the Institute, 1976.
78. National Institute on Drug Abuse. *Statistical Series, State Statistics, 1976*. Rockville, Md.: the Institute, 1977.
79. Negrete, J.C. — El alcohol y las drogas como problemas de salud en America Latina. *Boletim Oficial IMESC* ano II, n.º 1, 1977.

80. Newman, R. Methadone maintenance treatment: special problems of government-controlled programs. In: National Association for the Prevention of Addiction to Narcotics. *Proceedings of the Third National Conference on Methadone Treatment*. New York: the Association, 1970. pp. 121-124.
81. Newman, R.G. *Methadone Treatment in Narcotic Addiction*. New York: Academic Press, 1977.
82. Newman, R.G.; Bashkow, S.; and Cates, M.S. Arrest histories before and after admission to a methadone maintenance treatment program. *Contemp Drug Prob*, 2:417-430, 1973.
83. Organização Mundial da Saúde. Serviço de Informações Técnicas, 1966, n.º 341, pg. 7, seção 2.
84. Organização Mundial da Saúde. Serviço de Informações Técnicas, 1969, n.º 407.
85. Pacheco, A.M. — La adicción a drogas como problema psicosocial: política pública, pesquisa y evaluación científica. *Boletim Oficial IMESC*, ano III, n.º 1, 1977, 21:23.
86. Portão, R.G. — Drogas: tráfico e consumo na América Latina. *Boletim Oficial IMESC*, ano IV, n.º 6, 1978, 13:14.
87. Revista Paulista de Hospitais.
88. Rubin, L. *Facts and feelings in the classroom*. New York: Viking Press, 1973.
89. Salud Publica de México. Volume XVIII, n.º 3, mayo-junio 1976, Secretaria de Salubridad y Asistencia. México.
90. Sanchez, F. "Hospitais da Organização à Arquitetura".
91. Shapiro, R.J. Family therapy: psychodynamic approaches. In: Sholevar, G.P.; Benson, R.M.; and Blinder, B.J.; eds. *Treatment of Emotional Disorders in Children and Adolescents*. New York: Spectrum, 1978.
92. Smart, R.G. Employed alcoholics treated voluntarily and constructive coercion. *Q J Stud Alcohol*, 35:196-209, 1974.
93. Smart, R.G. Outcome studies of therapeutic community and half-way house treatment for addicts, *Int J Addict*, 11(1):143-161, January 1976.
94. Smith, D.E.; and Wesson, D.R., eds. *Uppers and Downers*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1973.
95. Stanton, M.D.; Todd, T.C.; Heard, D.B.; Kirschner, S.; Kleiman, J.I.; Mowatt, D.T.; Riley, P.; Scott, S.M.; and Van Deusen, J.M. Heroin addiction as a family phenomenon a new conceptual model. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 5(2):125-150, 1978.
96. Swanson, L.A., and Okada, T. Death after withdrawal of meprobamate. *JAMA*, 184(10):780-781, 1963.
97. Szasz, T. *Cerimonial Chemistry*. New York: Doubleday, 1975.
98. Tating, R.Y. Youth rehabilitation program. In: *Twenty-Fifth Medical Congress of Iran, Proceedings*. Tehran: Offset Press; Inc., 1977. pp. 151-156.
99. Terenius, L. Endogenous peptides and analgesia. *Ann Rev Pharmacol Toxicol*, 18:189-204, 1978.
100. U.N. Social Defense Research Institute. A Program of Drug Use Research. Rome, 1973, p. 2 reproduzido em UNSDRI, publicação n.º 16, Junho de 1976.
101. Vesell, E.S.; Passananti, G.T.; and Lee, C.H. Impairment of drug metabolism by disulfiram in man. *Clin Pharmacol Ther*, 12:785-792, 1971.
102. Wallace, J.E.; Hamilton, H.E.; Schwertner, H.; King, D.E.; McKay, J.L.; and Blum, K. Thinlayer chromatographic analysis of cocaine and benzoylecgonine in urine. *J Chromatogr*. 144:433-441, 1975.
103. Watson, S.J.; Berger, P.A.; Akil, H.; Mills, M.J.; and Barchas, J.D. Effects of nalaxone on schizophrenia: reduction in hallucinations in a sub-population of subjects. *Science*, 201:73-76, 1978.
104. Webster, J.B.; Coupal, J.J.; and Cushman, P. Jr. Increased serum thyroxine levels in euthyroid narcotic addicts. *J Clin Endocrinol Metab*, 37:928-934, 1973.
105. Zimmerman, E., and Pang, C.N. Acute effects of opiate administration on pituitary gonadotropins and prolactin release. In Ford, D.H., and Clouet, D.H., eds. *Tissue Responses to Addictive Drugs*. New York: Spectrum, 1976. pp. 517-526.
106. Zinberg, N. E. "What is drug abuse?" Unpublished report. Washington, D.C.: Drug Abuse Council, 1976.
107. Zinberg, N.E.; Jacobson, R.C.; and Harding, W.M. Social sanctions and rituals as a basis for drug abuse prevention. *Am Drug Alcohol Abuse*. 2:165-181, 1975.





IMESC Ilustrado

EDITOR: IMESC, Rua da Consolação, 2177 – CEP 01301 Caixa Postal 22215 – São Paulo – Brasil.

REDAÇÃO: Sérgio França Adorno de Abreu, Marie Madeleine Hutýra de Paula Lima, Ivani Valarelli Menezes, Marcos Antonio Medeiros, José Roberto de Paiva, Richard van Curtis, Nikolai Lieders, Cleusa da Costa Marques Rodello, Maria Castanheira Macedo, Sérgio Rui da Fonseca e Gustavo Adolpho de Campos.

SECRETARIA: Elvira Akchourin, Regina Maria Fonseca Ferreira e Marisa Dolores Dieguez

DIREÇÃO E SUPERVISÃO GERAL: Ayush Morad Amar

SERVIÇO GRÁFICO: Imprensa Oficial do Estado S/A – IMESP

Reservados todos os direitos de acordo com a Lei. Nenhuma das publicações poderá ser reproduzida, parcial ou totalmente, mediante qualquer processo, notadamente por fotocópia e microfilmagem, sem prévia autorização expressa do Editor.