

CLÍNICAS INVOLUNTÁRIAS E COMUNIDADES TERAPÊUTICAS PARA DEPENDENTES QUÍMICOS: HÁ COMO SOBREVIVER SEM ELAS?

Diogo Fortes Jatobá*

Centro de Tratamento Farol

Maria das Graças Fragoso Calheiros**

Centro de Tratamento Farol

Orlando Gonçalves Lins Júnior***

Centro Universitário Cesmac

Resumo

O presente artigo pretende discutir a importância da internação do dependente químico em clínicas involuntárias e em comunidades terapêuticas, enfatizando a necessidade estratégica desses ambientes, sobretudo nos casos em que o adicto não se encontra em condições de buscar ajuda voluntariamente, permanecendo na negação, e muitas vezes pondo em risco sua integridade física e psicológica, bem como da família e da sociedade em geral. Destacamos também a dificuldade que é proceder a desintoxicação e a retomada da consciência sobre a importância de aderir ao tratamento, sem afastá-lo de pessoas e lugares que contribuem para a repetição dos hábitos que levam ao uso de drogas e aos comportamentos disfuncionais. O artigo também comenta os efeitos devastadores do *crack* sobre a consciência humana, impedindo, via de regra, a aceitação do tratamento por parte do usuário.

Palavras chave: Dependência química, clínicas involuntárias, comunidades terapêuticas.

Abstract

CLINICAL THERAPEUTICS COMMUNITIES UNINTENDED ATTACHED TO CHEMICALS: HOW TO SURVIVE WITHOUT THEM THERE?

This article discusses the importance of hospitalization of involuntary addicts in clinics and therapeutic communities, emphasizing the strategic need for these environments, especially in cases where the addict is not able to seek help voluntarily, remained in denial, and many times endangering their physical and psychological, as well as family and society in general. We also highlight the difficulty is to carry out detoxification and renewed awareness of the importance of adhering to treatment, not distract him from people and places that contribute to the repetition of habits that lead to drug abuse and dysfunctional behaviors. The article also discusses the devastating effects of crack on the human consciousness, preventing, as a rule, the acceptance of treatment by the user.

Keywords: Substance abuse, involuntary clinics, therapeutic communities

Introdução

Vem sendo travada uma discussão calorosa no Brasil sobre as estratégias eficazes de tratamento da dependência química, sobretudo quando o assunto em pauta

são as clínicas involuntárias e as comunidades terapêuticas. A principal alegação contrária a essas duas instituições, principalmente com relação as clínicas, baseia-se na perspectiva da humanização do tratamento, alegando que não é *prendendo que se trata*. Antes mesmo de discutir se há, ou não, humanização no tratamento realizado com o dependente recluso, precisamos abordar sobre os objetivos e as estratégias terapêuticas adotadas nessas instituições.

Um dos objetivos das comunidades terapêuticas para dependentes químicos, que também integra uma das principais estratégias do trabalho, segue o que foi preconizado pela primeira CT, fundada em 1958: A aplicação do conceito de ajuda mútua entre dependentes, segundo Laura Fracasso, a saber:

A aplicação do conceito de ajuda às pessoas em dificuldade, feita pelos próprios pares, é a base das relações vividas na Synanon, posteriormente em Daytop, onde cada pessoa se interessa e se sente responsável pelas outras (...) (FRACASSO, 2011, p. 273).

Com base no exposto acima, evidencia-se um princípio importante: o interno sendo concebido como sujeito ativo no processo do tratamento, diferentemente do que se via nos manicômios, onde, normalmente, o paciente estava submetido aos cuidados e aos ditames da equipe de saúde, muito embora, ainda segundo Fracasso (2011, p. 274), desde 1953, algumas clínicas reduziram ao máximo o uso de medicação e envolveram seus pacientes em atividades terapêuticas coletivas.

Nas clínicas involuntárias, existe o hábito de responsabilizar os mais antigos pelo acolhimento e integração dos recém-chegados, que também se constitui em um comportamento de ajuda mútua e contribui para o resgate da espiritualidade, perdida com a atitude egocêntrica potencializada com o uso de drogas.

Um segundo objetivo, que também faz parte do método adotado nas comunidades terapêuticas, diz respeito a responsabilidade do interno pelo seu processo de crescimento, cabendo a equipe técnica o papel de facilitadora da mudança.

(...) A atenção é colocada sobre o indivíduo no grupo ou na comunidade. Ele é o verdadeiro protagonista das ações terapêuticas, porque sabe do que precisa, porém, sozinho, é incapaz de buscar. (...). Cada indivíduo é responsável pelo seu próprio crescimento e pede a ajuda necessária aos outros para se ajudar. Sendo assim, cada um é "terapeuta" de si mesmo e dos outros componentes do grupo, da comunidade (FRACASSO, 2011, p. 275).

Nas clínicas involuntárias, o tratamento segue o mesmo princípio comentado, muito embora, do ponto de vista metodológico, o interno não tenha a liberdade de tomar sozinho, a decisão de interromper o processo terapêutico. A alta da clínica é uma decisão que deve ser tomada por ele, em conjunto com a equipe técnica e sua família ou instituição responsável pela internação. O propósito deste procedimento é preservar o dependente de uma decisão precipitada, tendo em vista que uma das principais características da personalidade adictiva é o imediatismo.

“(...) Sei o que quero e quero-o imediatamente”. As necessidades emocionais são sentidas, muitas vezes, de forma urgente e compulsiva. A lógica emocional funciona para satisfazer esta urgência, mesmo que não seja no melhor interesse da pessoa (NAKKEN, 1996, p.19).

Em nossa experiência, antes mesmo de completar um mês de internação, os dependentes já se tornam voluntários, aderindo ao tratamento, pois haviam perdido a capacidade de “pensar”, de usar a razão sobre as tomadas de decisão em suas vidas, necessitando que um terceiro – normalmente um familiar – tomasse a decisão por eles. Em alguns casos que acompanhamos, no décimo dia o interno já admitia e aceitava que precisava de ajuda, relatando, inclusive, que não se sentia seguro para estar fora da clínica, devido ao fato de não se sentir com autonomia suficiente para lidar com o dia-a-dia, sem o risco de voltar a usar drogas.

Vamos agora retomar a discussão da humanização no tratamento em comunidades terapêuticas e clínicas involuntárias, utilizando os princípios enfatizados acima como referência para as nossas reflexões: Ajuda mútua, responsabilidade ou co-responsabilidade e voluntariedade.

Em nossa visão, esses três aspectos integram o conceito de cidadania e de respeito ao ser humano, presentes no que se pode chamar de tratamento humanizado. Essa discussão, porém, inclui outros componentes. Um deles é a referência de que respeitar e se interessar pelo ser humano inclui o reconhecimento dos seus limites. Neste sentido, o que pode parecer desumano, como o fato de manter o dependente em ambiente fechado, parcialmente privado do convívio da família e dos amigos, representa a consciência da equipe de assistência quanto a limitação momentânea do dependente ao convívio social. Uma decisão contrária, certamente colocaria em risco a integridade física e psicológica do recuperando, das pessoas que o rodeiam e da sociedade de forma geral, tendo em vista o alto nível de impulsividade normalmente presente nos dependentes químicos, além da eminência de recaída.

Por falar em recaída, esse problema tem sido uma preocupação constante nas comunidades terapêuticas, dado ao alto índice de desistência do tratamento, motivado por diversos fatores, incluindo a dificuldade do dependente para lidar com suas dores e angústias, ou mesmo com os sintomas da dependência sem fazer uso de anestésico (droga), principalmente nos momentos de maior confronto consigo mesmo provocado pelo tratamento. Nas clínicas involuntárias o abandono do tratamento torna-se mais difícil, por ser um regime fechado, possibilitando ao dependente maior oportunidade de resistir aos desejos de desistência. A propósito, cabe aqui uma reflexão quanto ao nível de esforço, determinação e sofrimento que é imposto a um dependente químico em recuperação, sobretudo no início do tratamento e se é usuário de crack, assistido por programa que o mantém no cotidiano da vida, sem afastamento do convívio social. Acreditamos que a imposição a esse sofrimento pode chegar a ser desumano para algumas pessoas.

Quando o adicto é um adolescente, a adesão ao tratamento pode ainda se tornar mais difícil, justificando a internação, pois, neste período da vida é comum a imaturidade de pensar que obtém controle sobre tudo e que será capaz de deixar a droga quando tiver vontade.

Não pensa mais nada, no final dá tudo certo de algum jeito. Eu me acerto, eu tropeço e não passo do chão. Pode ir que eu aguento, eu suporto a colisão. Na verdade... na contramão (BORDIN, FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p. 323).

Outra justificativa à internação, diz respeito a recomendação dos 13 princípios básicos do NIDA (*National Institute on Drug Abuse*) que propõe ações preventivas ao uso de drogas e intervenções clínicas para o tratamento e reabilitação psicossocial, quando afirma que é necessário um tempo de permanência mínimo e que o tratamento involuntário pode ser tão efetivo quanto o voluntário, pois, no início, o recuperando deve evitar pessoas, lugares e hábitos da época de ativa (em que estava usando drogas). Considera-se essa uma estratégia indispensável para a recuperação, além de ser uma orientação difícil de ser cumprida no início, principalmente se a pessoa não está privada do convívio com usuários ou continua em contato com situações que constituem lembranças eufóricas ou fontes de estimulação para que continue usando drogas.

Talvez, uma das maiores justificativas atuais para a internação seja o fenômeno social gerado com o advento do crack e sua popularização rápida. Segundo Bordin,

Figlie e Laranjeira (2004, p 72), O uso da cocaína, e conseqüentemente do crack, aumenta o risco de suicídio, traumas maiores e crimes violentos. Essa substância está associada ao aumento da mortalidade entre dependentes químicos, sobretudo em função do pronto efeito nocivo sobre o organismo, além da “utilização produzir uma euforia de grande magnitude e de curta duração, seguida de intensa fissura e desejo de repetir a dose (...)” (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p 171), podendo levar rapidamente a morte. Para agravar o quadro ainda mais, o usuário de crack perde o interesse pela vida e por outras coisas que não sejam a droga. Diante disso, quase que inexistente, por parte do dependente, o cuidado consigo e a disposição psicológica para entrar em tratamento, não restando aos familiares outra alternativa se não a de providenciar sua internação involuntária.

É importante notar também, o aumento da violência urbana em função do consumo de crack, motivada inclusive pela nova organização econômica do tráfico de drogas, ampliando a quantidade de grupos de traficantes (gangues), lutando por espaço de comercialização (bocas) (BORDIN; FIGLIE; LARANJEIRA, 2004, p 171).

Concluindo, pensamos que a comunidade científica envolvida com o tema da dependência química deve ser prudente ao se posicionar com relação as clínicas involuntárias, principalmente ao compará-las aos manicômios, sob pena de está condenando uma estratégia eficaz no tratamento da adicção as drogas.

Referências

- BORDIN, S.; FIGLIE, N. B.; LARANJEIRA, R. **Aconselhamento em dependência química**. São Paulo: Roca, 2004.
- DIEHL, A., CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química. Prevenção, Tratamento e Políticas Públicas**. São Paulo: Artmed, 2011.
- FRACASSO, L. Características da Comunidade Terapêutica. In: SERRATA, S. M. **Drogas e Álcool Prevenção e Tratamento**. 6 ed. Campinas – SP: Komedi, 2011. P. 272 – 288.
- NAKKEN, C. **A personalidade Adictiva: Raízes, Rituais e Recuperação**. Lisboa: ATT – Associação para tratamento das toxicodependências. 1996.

*Psicólogo, psicoterapeuta, especialista em terapia cognitivo-comportamental, diretor do Centro de Tratamento Farol, diretor da Clínica Anjos da Vida.

**Psicóloga, psicoterapeuta, diretora do Centro de Tratamento Farol.

***Psicólogo, psicoterapeuta, professor do Centro Universitário CESMAC, consultor organizacional.