UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE FILOSOFIA CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

EDUARDO AUGUSTO LEÃO

**Uso de drogas por indivíduos em tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de
profissionais de um serviço de saúde mental**

Ribeirão Preto

2016

EDUARDO AUGUSTO LEÃO

**Uso de drogas por indivíduos em tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de
profissionais de um serviço de saúde mental**

Dissertação apresentada à Faculdade de
Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto
da Universidade de São Paulo, como parte
das exigências para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Apoio: CAPES - CNPQ

Orientadora: Profa. Dra. Clarissa Mendonça
Corradi-Webster

Ribeirão Preto

2016

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Leão, Eduardo Augusto

Uso de drogas por indivíduos em tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de profissionais de um serviço de saúde mental

179p. : il. ; 30 cm

Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP. Área de Concentração: Psicologia.

Orientadora: Corradi-Webster, Clarissa Mendonça.

1. Saúde Mental. 2.Drogas. 3. Profissionais. 4. Comorbidade

FOLHA DE APROVAÇÃO

Nome: Leão, Eduardo Augusto

Título: Uso de drogas por indivíduos em tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de profissionais de um serviço de saúde mental

Dissertação apresentada à Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, como parte das exigências para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura:

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura:

*Dedico este trabalho a todos aqueles que sofrem
(muitas vezes calados), profissionais e pacientes.
Que este trabalho possa lhes dar voz de alguma
maneira.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e aos mentores espirituais que além de terem me dado a vida, ajudam-me a todo tempo a me manter saudável e pensante para que eu possa trabalhar.

Agradeço à minha Mãe Malu que desde que a conheço tem feito de tudo para que eu me desenvolva da melhor maneira possível, me dando apoio emocional, financeiro, mesmo quando eu me sinto inseguro.

Agradeço ao meu Pai Laerte que a seu jeito sempre me ensinou a não fazer apenas o básico, me mostrando o quanto é importante se esforçar para fazer sempre um bom trabalho.

Agradeço à Mariane, meu amor, que além de toda a ajuda operacional que me deu com este trabalho, sempre conseguiu com suas mãos e seu olhar afetuoso sobre mim guiar-me por caminhos menos doloridos.

Agradeço à Clarissa, por ter acreditado em mim e no meu trabalho, mesmo quando eu muitas vezes não acreditava, por ter me aceitado como sou e por ter me trazido um chão muitas vezes quando eu queria voar para que assim eu não me machucasse.

Agradeço aos meus amigos que tiveram paciência para agüentar meu mau humor e minhas ausências enquanto eu me aventurava neste trabalho.

Agradeço às minhas drogas, sobretudo o café, o tereré, e meu vício por futebol pois me mantiveram de pé, funcionando e podendo lidar com meu sofrimento.

Agradeço à Fabiana, minha analista que ajudou-me durante as piores crises a não adoecer e não enlouquecer.

Agradeço aos profissionais do CAPS-3 que me acolheram com tanto carinho e abriram seus corações para dizer coisas íntimas acreditando no alcance do meu trabalho.

Agradeço à Cristina da biblioteca pela presteza que me ajudou com a parte operacional.

Agradeço à Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto pela possibilidade de abrir as portas do serviço para que eu pudesse pesquisar.

Por fim, agradeço à CAPES pelo financiamento que permitiu que eu tivesse como assegurar meu sustento para poder trabalhar nessa pesquisa.

“- Se quer seguir-me, narro-lhe; não uma aventura, mas experiência, a que me induziram, alternadamente, séries de raciocínios e intuições. Tomou-me tempo, desânimos, esforços. Dela me prezo, sem vangloriar-me. Surpreendo-me, porém, um tanto à-parte de todos, penetrando conhecimento que os outros ainda ignoram. O senhor, por exemplo, que sabe e estuda, suponho nem tenha idéia do que seja na verdade – um espelho? Demais, decerto, das noções de física, com que se familiarizou, as leis da óptica. Reporto-me ao transcendente. Tudo, aliás, é a ponta de um mistério. Inclusive, os fatos. Ou a ausência deles. Duvida? Quando nada acontece, há um milagre que não estamos vendo”

(O espelho - João Guimarães Rosa - 1969)

RESUMO

Leão, E. A. (2016). *Uso de drogas por indivíduos em tratamento psiquiátrico sob a perspectiva de profissionais de um serviço de saúde mental*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

A literatura científica biomédica tem apontado que pessoas em intenso sofrimento psíquico encontram no consumo de drogas um modo de lidar com esse sofrimento. Assim, o consumo de drogas tem alta prevalência entre pessoas que apresentam algum quadro clínico psiquiátrico e este aparece muitas vezes como uma estratégia de lidar com os sintomas. Em contrapartida, este consumo aparece descrito como causador de pior prognóstico, colocando o usuário em situações de maior vulnerabilidade. Esta pesquisa teve como objetivo compreender a perspectiva de profissionais de um serviço de saúde mental sobre o consumo de drogas por pessoas em tratamento psiquiátrico. O estudo tem caráter qualitativo, descritivo e exploratório e foi aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com 16 profissionais de um Centro de Atenção Psicossocial – III (CAPS) do interior de São Paulo. Para a análise dos dados, considerou-se o papel da linguagem como construtora da realidade. Foi realizada análise de conteúdo temática, sendo construídas quatro categorias: Especificidades do contexto; O fenômeno da droga; O uso de drogas durante o tratamento psiquiátrico; e Fronteira entre a saúde mental e o uso de drogas. Os profissionais destacaram a presença do uso de drogas em pacientes do serviço, apesar da disposição da rede local em dividir o cuidado às duas demandas. Os participantes compreendiam que o sofrimento era o principal motivador para o uso de drogas nesta população. A identificação do consumo foi tema relevante para os profissionais não havendo, porém, protocolo específico para isto. O vínculo estabelecido com o paciente foi apontado como principal estratégia para identificação. O uso de drogas em pacientes do CAPS foi relatado como fomentando preconceito por parte de alguns profissionais, influenciados pelo discurso moral na construção de sentidos sobre os usuários de drogas. O tabaco não era descrito como uma droga, sendo algumas vezes compreendido inclusive como parte do tratamento no CAPS. Os discursos moral e biomédico construindo sentidos sobre o uso de drogas concorrem nas falas dos profissionais para explicar o fenômeno da droga. Da mesma forma, estratégias de cuidado dividem-se entre aquelas voltadas à redução de danos ou em busca da abstinência, sendo mais prevalentes as voltadas à abstinência. O papel central atribuído ao medicamento no tratamento suscitou questionamentos a respeito do lugar ocupado por este como droga ou como tratamento. Ações que proporcionem aos profissionais mais espaços para construção de sentidos a respeito do tema, seja de mais ajuda do que apenas uma divisão arbitrária (e aparentemente impossível de ser implementada na prática) entre as duas demandas. O momento das entrevistas foi uma oportunidade para a construção destes sentidos.

Palavras-Chave: Saúde Mental – Drogas – Profissional de saúde - Comorbidade

ABSTRACT

Leão, E. A. (2016). Drug use by patients on psychiatric treatment under mental health professionals' perspective. Master Thesis, Ribeirão Preto School of Philosophy, Sciences and Languages, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

Biomedical scientific literature has showed that people under severe mental suffering conditions usually consume drugs as a coping strategy. Therefore, the drug consumption has high prevalence in psychiatric patients and is frequently described as a coping strategy to deal with their symptoms. On the other hand, this drug consumption is described as causing poorer prognosis, including putting the users in vulnerable situations. This research aimed to understand the perspective of professionals from a mental health service about the patients' drug use during psychiatric treatment. This study is qualitative, descriptive and exploratory and was approved by the Research Ethics Committee. Sixteen semi-structured interviews were conducted with professionals of a Psychosocial Care Center (CAPS- 3) in a medium city in the countryside of São Paulo state. For data analysis, we consider the role of language as a constructor of reality. A thematic content analysis was performed, resulting in four categories: Particularities of the context; the drug phenomena; drug use during psychiatric treatment; and the boundaries between mental health and drug use. The professionals highlighted a perceived presence of drug use in patients, despite of the local network willingness in offering care for both demands. Participants understood that suffering was the main motivator for the use of drugs in this population. Identifying the drug consumption was a relevant issue for professionals, however, there was no specific protocol to address this issue. Establishing bonding with the patient was pointed out as the main strategy for drug use identification. The drug use in CAPS patients was reported as contributing to the stigma by some professionals, mostly influenced by the moral discourse on meaning making attributed to drug users. Tobacco was not described as a drug, and sometimes was even understood as part of treatment in CAPS. Both moral and biomedical discourses constructed meanings about the use of drugs compete in the professionals' speeches to explain the drug phenomena. Similarly, care strategies were divided between those aiming to reduce damage or seeking withdrawal, and the most prevalent ones were those focused on drug abstinence. The central role assigned to medication in the treatment raised questions about the place occupied by the medication as drug or as a treatment tool. Actions providing professionals more opportunities for meaning making about this subject can be more helpful than the currently arbitrary division (and seemingly impossible to implement in practice) for addressing both demands. The interviews offered the professionals an opportunity for the construction of these meanings and senses.

Keywords: Mental Health – Drugs – Mental Health Professionals — Comorbidity

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1. Consumo de drogas por pessoas em sofrimento psíquico.....	13
1.2. Considerações sobre o tratamento.....	17
1.3. O SUS e a Reforma Psiquiátrica	20
2.FORMULAÇÃO DO PROBLEMA.....	25
3. OBJETIVOS	29
3.1. Objetivo Geral	31
3.2. Objetivos Específicos	31
4. MÉTODO.....	33
4.1. Delineamento Teórico-Metodológico da Pesquisa.....	35
4.2. Caracterização do Campo da Pesquisa.....	37
4.2.1. Aspectos da rede de atenção a saúde no município de Ribeirão Preto-SP..	37
4.2.2. Aspectos do serviço de saúde escolhido para a coleta de dados.....	38
4.3. Processo de Coleta dos Dados.....	41
4.3.1. Participantes.....	41
4.3.2. Instrumentos.....	44
4.3.3. Processo de Constituição de <i>corpus</i>	45
4.4. Análise do corpus.....	47
4.5. Considerações éticas	48
5. RESULTADOS.....	49
Capítulo 1 - Especificidades do Contexto.....	53
Capítulo 2 - O fenômeno da droga.....	71
Capítulo 3 - O uso de drogas durante o tratamentopsiquiátrico.....	107
Capítulo 4 – Fronteira entre saúde mental e uso de drogas.....	138
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	157

REFERÊNCIAS.....	163
APÊNDICES.....	175
Apêndice A – Roteiro Orientador da Entrevista com os Profissionais.....	177
Apêndice B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	179

Introdução

1. INTRODUÇÃO

1.1 Consumo de Drogas por Pessoas em Sofrimento Psíquico

O sofrimento psíquico intenso é compreendido pela Psiquiatria fundamentalmente como doença mental (Dalmolin & Vasconcellos, 2008). Apesar disso, uma breve reflexão sobre nosso modo de viver e de sentir aponta para o fato do sofrimento psíquico acontecer para além das fronteiras do diagnóstico psiquiátrico. Dalmolin e Vasconcellos (2008) destacam uma série de fatores que compõem a complexidade da doença psiquiátrica, dentre estes, os de ordem biológica, de ordem social/cultural ou mesmo econômica. Estes causariam intenso sofrimento psíquico a essas pessoas. Nesta mesma direção, Kleinman (1991) aponta que, com o passar do tempo, outras questões foram sendo percebidas como componentes de uma imbricada rede da compreensão dos transtornos mentais e não somente mudanças na atividade endócrina e dos neurotransmissores. Coloca que estudos epidemiológicos passaram a incluir fatores sociais como a vulnerabilidade, suporte social inadequado, rede de apoio, trabalho, entre outros, atentando-se ao modo como esses podem influenciar no sofrimento. O sofrimento psíquico não estaria, portanto, restrito apenas a momentos de crise ou circunscrito à doença mental, mas seria um processo experimentado de modo único por cada indivíduo, sendo que cada um utilizaria diferentes formas de enfrentamento frente a esse sofrimento. Uma dessas formas seria através do uso de diferentes substâncias psicoativas, sejam estas drogas lícitas ou ilícitas.

Nesse estudo o consumo de drogas (substâncias psicoativas) abordado refere-se ao consumo daquelas drogas não prescritas pelos médicos, conhecidas também como drogas lícitas e ilícitas (dentre elas o álcool, tabaco, maconha e cocaína/crack).

Segundo Liang, Lenton, Allsop e Chikritzhs (2011), o uso de drogas pode estar relacionado com a estratégia de enfrentamento do sofrimento mental muitas vezes advindo dos sintomas dos transtornos mentais. Corbin, Farmer e Nolen-Hoekesma (2013) apontam para o fenômeno de que algumas pessoas, frente à dificuldade em lidar com o estresse ou com sentimentos difíceis, optam pelo uso excessivo de álcool como forma de evitar tais emoções, fazendo disso uma estratégia de enfrentamento desse desconforto. Próximo a esses estudos, Hasking, Lyvers e Carliopio (2011) destacam que o uso do álcool pode ser uma estratégia de enfrentamento de sentimentos ruins ou do estresse para algumas pessoas. Esse enfrentamento

surge como uma estratégia para que haja um aumento da confiança e se reduza a ansiedade e o estresse. A ingestão de álcool mediaría a estratégia de enfrentamento de sentimentos difíceis através da evitação destes, com a expectativa de uma diminuição dessa tensão. Nesta direção a literatura sugere que algumas pessoas tenderiam a utilizar mais estratégias de enfrentamento voltadas para emoção a fim de reduzir a tensão, dentre elas, o consumo de drogas (Hasking et al, 2011). Essa estratégia é descrita por Brown e Stewart (2008) como uma resposta mal adaptada, sobretudo quando é a principal forma de enfrentamento utilizada. Compreende-se que tal estratégia de enfrentamento geralmente implica que as pessoas que a utiliza o farão por não encontrarem modos mais adequados de enfrentamento (Hasking et al, 2011). Soma-se a essa questão a maior possibilidade dessas pessoas se exporem a riscos ligados ao consumo de álcool (dirigir, brigas, etc.).

A literatura médica internacional vem apontando que entre pessoas com algum diagnóstico psiquiátrico a prevalência de consumo de substâncias é maior do que entre a população geral e que esta estaria ainda mais exposta a problemas relacionados a este consumo (Benaiges, Prat, & Adan, 2010). Os estudos dessa área tratam o tema como “comorbidade”. A seguir serão apresentados dados da literatura científica biomédica afim de apresentar de que maneira a questão é construída neste contexto.

Segundo H. Alves Kessler e Ratto (2004) descrevem a comorbidade como a ocorrência concomitante de duas ou mais patologias, havendo a possibilidade de potencialização recíproca entre elas. Os autores descrevem que o impacto da comorbidade entre transtornos mentais e transtornos por uso de substâncias dependeria, portanto, da gravidade do transtorno, das características da substância utilizada e do contexto no qual esta pessoa esta inserida, considerando os recursos pessoais, relacionais e sociais que têm disponíveis.

Segundo alguns estudos, aproximadamente metade dos adultos com transtornos mentais severos e persistentes também teriam o diagnóstico de transtornos por uso de substâncias concomitantemente em algum momento da vida (H. Alves et al., 2004; Monica, Nikkel, & Drake, 2010). Hamilton (2010) aponta que o tema da relação entre a saúde mental e o uso de substâncias apareceu com mais força na literatura a partir da década de noventa, e o interesse por seu estudo tem se intensificado nos últimos anos.

Estudo realizado na Noruega a respeito do uso de substâncias em uma ala para internação de pacientes psiquiátricos em estado agudo encontrou que 63% da amostra fazia consumo de drogas, sendo que 12% consumiam bebidas alcoólicas, 46% consumiam psicotrópicos de modo não prescrito e 28% usavam drogas ilícitas (Mordal et al., 2011).

Dentre os medicamentos psicotrópicos utilizados de modo não-prescrito, o Diazepam foi o mais comum (42%) e dentre as drogas ilícitas, a maconha (18%) e a anfetamina (16%) foram as mais utilizadas. O uso nocivo de álcool foi identificado em metade dos entrevistados, o uso nocivo de outras substâncias foi relatado por um terço da amostra total e a percepção da necessidade de ajuda profissional devido ao uso de substâncias foi relatada por um terço dos sujeitos.

Estudo estadunidense realizado com pacientes psiquiátricos ambulatoriais em Nova York mostrou que todos os sujeitos relataram ter algum histórico de uso nocivo de substâncias em algum momento da vida e que 55% apresentaram resultado positivo para os exames toxicológicos realizados (Matusow et al., 2012). Um estudo da prevalência do uso de substâncias concomitante a transtornos psiquiátricos no norte da Tanzânia apontou que as substâncias mais comumente utilizadas foram as bebidas alcoólicas (59,3%), o tabaco (38,6%) e a maconha (29,3%) (Hauli, Ndeti, Jande, & Kabangila, 2011).

Diversos estudos atuais apontam para a alta prevalência da comorbidade entre transtornos psiquiátricos e transtornos relacionados ao uso de substâncias (H. Alves et al., 2004; Monica et al., 2010; Power, Dragovic, Jablensky, & Stefanis, 2013; Schlosser & Hoffer, 2012; Schulden, Lopez, & Compton, 2012; Silva, Kolling, Carvalho, Cunha, & Kristensen 2009; Thomas, Staiger, & McCabe, 2012).

Apesar disso, Hamilton (2010) questiona que a prevalência estimada da comorbidade seria inconsistente na literatura, por três fatores: os critérios utilizados para a realização do diagnóstico variam muito; escassez de instrumentos válidos ou confiáveis para avaliação da comorbidade entre transtornos por uso de substâncias e outros transtornos mentais (o autor aponta que existem bons instrumentos para o diagnóstico de transtornos mentais e outros bons para a identificação do consumo de substâncias, entretanto faltam instrumentos que avaliem a co-ocorrência destes); muitos usuários não reportam o uso de substâncias pelo fato de algumas delas serem ilegais e pelo medo de serem estigmatizados.

O consumo de drogas pode afetar de diversas formas as pessoas que apresentam algum quadro clínico psiquiátrico. O uso de drogas por pessoas com transtornos psiquiátricos vem sendo associado à piora do prognóstico levando ao aumento dos sintomas psiquiátricos, maior necessidade de uso de serviços de saúde mental, baixa adesão à medicação, aumento da vulnerabilidade levando à situação de moradia na rua, aumento de comportamentos de risco, aumento de infecção por HIV, impacto na saúde mental dos cuidadores e contato com o sistema criminal de justiça (Ostacher et al., 2010; Roche, Duraisingam, Wang, & Tovell, 2008; Schneier et al., 2010).

A relação entre o consumo de maconha e o primeiro episódio psicótico ainda é incerta, sendo que alguns estudos indicam que o consumo de maconha no início da adolescência parece estar relacionado com o aparecimento mais precoce de quadros psicóticos, influenciando no curso da psicose e no tratamento desta (Tosato et al., 2013). Estudo realizado em um serviço de atendimento de emergência com pessoas com diagnósticos de esquizofrenia e de outros transtornos psicóticos apontou que a maconha foi a substância mais consumida por esses pacientes, tendo seu consumo detectado em quase metade dos sujeitos (Latt et al., 2011). Os autores relatam também uma presença grande do uso de psicoestimulantes como a anfetamina, meta-anfetamina e cocaína. Os dados deste estudo indicam que pacientes em sofrimento devido aos transtornos mentais, parecem estar mais vulneráveis a apresentar um uso problemático de drogas.

A literatura também aponta que o uso de substâncias em pacientes com psicose pode mascarar, piorar ou prolongar os sintomas psicóticos. Os resultados obtidos por Power et al. (2013) encontraram uma aceleração significativa no tempo de aparecimento da esquizofrenia, replicando estudos sobre o uso da maconha e a data de aparecimento deste transtorno, e um aumento médio de um ano de aceleração no aparecimento do transtorno para cada droga adicionada (maconha, cocaína e anfetaminas). O autor afirma que entender melhor como esses fatores funcionam pode ser importante para políticas que visam retardar desenvolvimento das psicoses, argumentando que quanto maior o tempo sem o aparecimento da doença, menor a exposição destas pessoas ao sofrimento intrínseco a episódios psicóticos e maiores as possibilidades de um melhor prognóstico para estas pessoas.

Estudo que buscou conhecer a influência do consumo de drogas na admissão de pacientes em um serviço de internação a pacientes psiquiátricos em estado agudo encontrou que o consumo de drogas estava relacionado à internação de 42% dos entrevistados (Mordal et al., 2011). Não apenas o consumo excessivo como também o uso moderado pode piorar o desenvolvimento de quadros clínicos psiquiátricos bem como podem dificultar o tratamento (Nehlin, Grönbladh, Fredriksson, & Jansson, 2012), interagindo com boa parte dos medicamentos psiquiátricos prescritos (Nehlin, Fredriksson, & Jansson, 2012). A identificação do consumo de drogas em pacientes psiquiátricos é, portanto, essencial para a adequação dos planos de tratamento.

A literatura aponta como uma das hipóteses para o consumo de drogas em pessoas com transtornos mentais seria a hipótese da auto-medicação. O uso de drogas seria visto como uma maneira de lidar com o sofrimento e também os efeitos colaterais dos medicamentos que lhes são prescritos (Hamilton, 2010; Hauli et al., 2011; Matusow et al., 2012; Nehlin,

Fredriksson et al., 2012). Esta hipótese deve ser considerada e conversada junto aos pacientes, buscando soluções adequadas para lidarem com seus sintomas e com efeitos colaterais de medicamentos. Parte dos problemas relacionados aos efeitos colaterais poderiam ser evitados caso fosse investido mais tempo pelos profissionais em explicar quais são os possíveis efeitos dos medicamentos e em pensar em manejos para estes (Matusow et al., 2012). Hamilton (2010) destaca a necessidade de ações na área do uso de drogas por pacientes com transtornos mentais que levem em consideração o ponto de vista dos pacientes, ajudando-os a planejar mudanças em seus estilos de vida, na aquisição e melhora dos laços sociais, ao invés de apenas focar nos resultados relativos à sintomatologia.

Os recentes questionamentos na mídia acerca das questões voltadas ao consumo de drogas não prescritas, apresenta a internação de usuários de substâncias muitas vezes como a única solução frente à complexidade que envolve o tema “consumo de drogas”, deixando de lado questões que precisariam ser trabalhadas, dentre elas as vicissitudes e possibilidades de tratamento de quem faz o uso de drogas ao mesmo tempo que cuida de um transtorno mental.

1.2 Considerações sobre o Tratamento

Pela alta prevalência de consumo de substâncias psicoativas entre pessoas com quadros clínicos psiquiátricos e pela complexidade destas situações, a literatura destaca a importância de treinamentos específicos para que profissionais de saúde mental saibam lidar com questões relacionadas a estas demandas, auxiliando-os também a terem uma visão mais empática da questão e uma postura profissional que os ajude a trabalhar com estas pessoas (Howard & Holmshaw, 2010).

Considerando as consequências por vezes danosas resultantes do consumo de drogas por pessoas com quadros clínicos psiquiátricos, faz-se necessário identificar e lidar com esta situação, sendo este um tema importante para as ações em saúde pública (Tosato et al., 2013). Corradi-Webster, Laprega e Furtado (2009) apontam que a importância de identificar o consumo de drogas entre pessoas que fazem tratamentos em serviços de saúde mental de maneira eficaz recai principalmente sobre os efeitos causados pelo uso de substâncias em pacientes psiquiátricos. O uso do álcool pode, por exemplo, prejudicar a adesão ao tratamento, interagir com a medicação e piorar o prognóstico da doença.

Faz-se então preciso estratégias de prevenção e uma maior interação entre os serviços de saúde mental e os serviços especializados no uso de drogas, sendo que em alguns casos é recomendado que um especialista em tratamento para o consumo de substâncias atue na equipe de saúde mental (Tosato et al., 2013).

Estudo realizado em serviços de saúde mental de Ribeirão Preto - SP avaliou que os pacientes têm medo de falar sobre esta questão e buscam escondê-la, temendo serem julgados e estigmatizados, ou serem encaminhados para serviços especializados no tratamento de problemas relacionados ao uso de drogas, ou ainda perderem o vínculo com o serviço em que estão em acompanhamento e serem mais estigmatizados (Corradi-Webster, 2013). Considerando os desafios para a identificação do consumo nesta população, Nehlin, Fredriksson et al. (2012) apontam para a importância do questionamento sobre uso de drogas, mesmo que inicialmente apenas sobre o uso de álcool. Estes autores também discorrem sobre pacientes que a princípio preferem não conversar sobre o assunto, mas na disponibilidade de maior tempo para conversarem sobre o tema, ficariam mais à vontade para fazê-lo e também poderiam se beneficiar caso houvesse um instrumento mais completo de avaliação do nível de uso. Assim, sugere que a seleção dos instrumentos utilizados considere uma avaliação mais completa e um vínculo estabelecido entre profissional e paciente.

Unidades psiquiátricas ambulatoriais em geral demandam muito trabalho da equipe e, com isto, a avaliação e prevenção do uso problemático de drogas acaba por não ter grande prioridade. Assim, as estratégias nesse campo também necessitam ser breves e eficazes para se adaptar a esses contextos (Nehlin, Fredriksson et al., 2012). Além da dificuldade relativa à falta de treinamentos específicos, a subnotificação também poderia estar relacionada ao pouco tempo disponível aos profissionais para avaliação completa e realização de um diagnóstico (Corradi-Webster et al., 2009).

O tratamento que envolva o cuidado do indivíduo compreendendo seu quadro clínico psiquiátrico e o consumo que faz de substâncias parece ter mais eficácia por considerar as diferentes dificuldades e recursos do paciente e no que diz respeito à interação farmacológica entre as drogas e os medicamentos. Além disso, faz-se importante conscientizar a equipe de que muitas vezes o usuário de substâncias continuará a fazer uso durante o tratamento psiquiátrico, não baseando as práticas na meta da completa abstinência por parte do usuário (Schlosser & Hoffer, 2012).

Segundo H. Alves et al. (2004), deve haver uma avaliação clínica minuciosa quando existem indícios do uso de drogas em pacientes psiquiátricos. Mordal et al. (2011) aponta que identificar o uso de drogas em pacientes psiquiátricos em seu estado agudo pode ser difícil

devido a sintomas do uso de drogas que se confundem com sintomas de patologias psiquiátricas. Comumente, a detecção do uso de substâncias é feita por meio de entrevista clínica, relato dos pacientes ou exame toxicológico. Avaliar a história clínica e a história familiar podem ser maneiras efetivas de conseguir dados a respeito do uso de drogas em pacientes psiquiátricos, entretanto, um diagnóstico diferencial se torna complicado sem um tempo suficientemente longo de avaliação e abstinência do paciente, bem como a influência do papel do álcool e de outras substâncias na apresentação dos sintomas pré-existentes e no próprio transtorno mental (H. Alves et al., 2004).

Corradi-Webster et al (2009) apontam para o fato de ser comum a subnotificação do consumo de problemático de álcool em serviços de saúde mental, referindo que até 50% dos casos não são identificados. Os autores apontam que um dos fatores dessa dificuldade em diagnosticar o uso problemático de álcool seria que alguns profissionais desses serviços teriam dificuldades em fazer perguntas relacionadas ao uso do álcool. A subnotificação poderia ser então uma questão relacionada a uma deficiência de formação e carência de treinamentos específicos para profissionais dos serviços de saúde.

Historicamente os serviços de saúde mental foram desenvolvidos separadamente dos serviços especializados no uso de substâncias (Magura, Rosenblum & Fong, 2011). Uma das dificuldades da abordagem terapêutica nesses casos se dá pela divisão existente entre estes serviços, dificultando as avaliações diagnósticas que investiguem a presença do uso de drogas em pacientes em serviços de saúde mental, atrapalhando a assistência integral (Silva et al., 2009). Nesse sentido, aparece a necessidade de prevenção, identificação e encaminhamento do abuso de drogas de forma integrada aos procedimentos do serviço de tratamento psiquiátrico, além da atenção primária e dos serviços de emergência. É especialmente importante que os clínicos possam conversar sobre o consumo de drogas com seus pacientes para possibilitar um tratamento mais adequado e de maneira mais coordenada com a situação (Schulden et al., 2012).

Existe também uma diferença entre os serviços de saúde mental e os serviços que lidam com pessoas que fazem uso de substâncias, no que diz respeito ao modo como vêem seus clientes. Enquanto os serviços voltados a problemas relacionados ao consumo de substâncias muitas vezes têm uma postura de que o cliente deve procurar ajuda por si só, em instituições de saúde mental, uma visão impera: a de que o paciente necessita de ajuda e muitas vezes não tem condição de buscá-la por si próprio (Hamilton, 2010). Williamson, Johnson, Mullen e Wilson (2012) apontam que um dos fatores causadores do efeito “porta giratória” nos serviços de saúde na Escócia era devido à grande presença de uso de

substâncias e da ainda inexperiência da equipe em lidar de maneira adequada com a questão, além da presença ainda muito incipiente dos serviços especializados no tratamento do uso de substâncias.

No Brasil, autores sugerem que não há a necessidade de criação de serviços especializados em comorbidades, apontam como melhor alternativa o investimento na formação dos profissionais da rede de saúde mental para identificarem e atuarem nesta questão (Rossi Menezes & Ratto, 2004). Entretanto, a rede de atenção à saúde, conforme prevista pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda funciona de modo falho e ineficiente, prejudicando ações nesta área. Além disto, questões relacionadas ao tratamento de usuários de drogas foram inseridas no SUS e em discussões sobre a rede de atenção psicossocial recentemente.

De acordo com a Portaria nº 3088 (Ministério da Saúde, 2011), a Rede de Atenção Psicossocial-RAPS foi instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde-SUS como principal estratégia de proporcionar um cuidado mais integrado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de drogas. A RAPS consiste numa rede de cuidados que visa assegurar a essas pessoas atendimento integral e humanizado. Tem como objetivo, fomentar a implementação de novo modelo de atenção em saúde mental com a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde no âmbito do SUS.

1.3 O SUS e a Reforma Psiquiátrica

Quando do estabelecimento das diretrizes fundamentais da saúde pela Constituição de 1988, e a posterior caracterização do SUS em suas atribuições principais, ficou definido, dentre outras coisas, os conceitos de regionalização e descentralização da atenção à saúde (Costa-Rosa, Luzio, & Yasui, 2001). O aspecto da regionalização implica que o serviço seja circunscrito a um território ao qual ele é referência de saúde para aquela população, como previsto na Portaria Nº. 373 (Ministério da Saúde, 2002b). O aspecto da descentralização entende que na organização da saúde, deve haver maleabilidade para delegar às esferas mais regionais as decisões a respeito da responsabilidade com as ações dos serviços de saúde. Isto possibilitaria que ações mais adaptadas ao contexto local se estabeleçam. Assim, os equipamentos de saúde mental que foram propostos pelo movimento da Reforma Psiquiátrica seguem também estas diretrizes.

Pitta (2011) afirma não ser consenso de que forma exatamente se deu a Reforma Psiquiátrica no Brasil e nem exatamente quem foram seus atores, mas algumas coisas podemos inferir a respeito dela. O processo da Reforma Psiquiátrica italiano, a qual o processo brasileiro fora inspirado, foi uma reconstrução do paradigma psiquiátrico, ampliando o cuidado em saúde mental para algo que fosse além da busca incessante por uma cura, mas que fosse além de tudo busca por direitos sociais, de cultura, cidadania e de espaços coletivos de convivência (Yasui, 2010). Dimenstein (2004) também reafirma o risco que a Reforma Psiquiátrica corre constantemente de passar-se por um processo superficial, voltado apenas à desinstitucionalização, fechando aparatos físicos, mas mantendo a mentalidade manicomial viva nos novos aparatos da saúde mental. Mezzina (2014) ativo participante da reforma psiquiátrica de Trieste (Itália) afirma que o processo de reforma psiquiátrica não se baseia apenas em fechar hospitais psiquiátricos, mas que sem dúvida o processo de desinstitucionalização de Trieste passou pela etapa inicial de retirada das pessoas dos hospitais psiquiátricos. A Reforma Psiquiátrica não poderia restringir-se apenas em criar este ou aquele aparato e fechar aquele outro, mas devia se ocupar das práticas que são estabelecidas “sob o risco de reduzir a complexidade desse processo a uma reforma administrativa e tecnocrática” (Yasui, 2010).

O processo de Reforma Psiquiátrica brasileira conseguiu mudar o foco da atenção em saúde mental, diminuindo os investimentos em hospitais psiquiátricos e voltando-os a serviços comunitários. Tais avanços foram conseguidos, sobretudo no sudeste e nordeste brasileiro, com o fechamento de vários hospitais psiquiátricos e a implantação de dispositivos comunitários fundamentais à Reforma, como os CAPS - Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Pitta, 2011). Houve uma expansão no número de CAPS no Brasil desde a lei da Reforma Psiquiátrica, entretanto, seu planejamento e ainda há flagrante falta de dispositivos suficientes para o país, havendo CAPS dispostos em algumas regiões e ausência destes em outras. Alverga e Dimenstein (2006) apontam um aumento na demanda da saúde mental desde a reforma, sobretudo de crianças e adolescentes, além de usuários de drogas.

Yasui (2010) refere que discrepâncias ainda atingem por muitas vezes profissionais de CAPS que reproduzem sentidos e práticas manicomiais há muito conhecidas. Terceirização de responsabilidades e julgamentos morais de ações dos pacientes além da infantilização destes são práticas que “custam virar peça de museu na história da saúde mental brasileira”. Para este autor estes resquícios acabam por aprisionar usuário e trabalhador a um lugar de “produção de afetos tristes”, sufocando a subjetividade e a criatividade possível do encontro ali realizado, fazendo daquele serviço um serviço de saúde mental como qualquer outro que

atua segundo uma lógica hegemônica e transformando o CAPS em apenas uma sigla. Pitta (2011) aponta para indícios de que a resistência à Reforma Psiquiátrica reside na resistência a compreender o louco e o usuário de drogas como pares, como parceiros na construção de nova saúde mental, como responsáveis, tanto ou mais que outros atores da saúde.

Mezzina (2014) aponta que não se deva iludir com a possibilidade das instituições psiquiátricas fechem de forma natural ou de fora para dentro. O processo segundo ele deve partir de uma disposição de dentro dos serviços em buscar estruturar estes serviços mais vinculados ao território, possibilitando práticas que empoderem os usuários de forma a devolvê-los à comunidade reintegrando-os na trama social que a instituição os colocou à margem. Ele ressalta ainda a importância de que os recursos sejam investidos nos sujeitos da instituição de forma individual, personalizada. Dessa forma, é possível uma aproximação do profissional com o paciente, reconhecendo o paciente como complexo em sua humanidade e que o cuidado em saúde mental só pode advir de uma compreensão de tal complexidade. O contato da equipe do serviço de saúde mental se dá no encontro do paciente e suas angústias com a pessoa\profissional que se interpõe diante dele com suas ferramentas. Faz-se então uma negociação de afetos e de produção de vínculos, a fim de construir, juntos, um processo de cuidado. Várias situações e dilemas no serviço de saúde mental interpelam o profissional que traz muitas vezes de sua formação aspectos forjados em outro modelo, hospitalocêntrico, e confrontam-no com a possibilidade\necessidade de um modelo comunitário (Yasui, 2010). Apesar disso, Alverga e Dimenstein (2006) apontam que houve desde a Reforma até o momento diminuição significativa, ainda que abaixo do necessário, dos gastos com relação a internações psiquiátricas.

Pitta (2011) refere que 10 anos após a aprovação da lei da Reforma Psiquiátrica, muito ainda se vê de ações dos governos estaduais e municipais, fazem da exclusão e restrição de recursos, políticas que contrariam preceitos da política nacional de saúde mental, ações debatidas em nível federal ficam, portanto, dependentes da boa vontade de aplicação de autoridades da esfera local. A autora aponta também como novidade sonante na primeira década de implantação da Reforma Psiquiátrica, o enfrentamento do uso problemático de drogas nas esferas nacional, estadual e municipal, com preocupação sobretudo com o uso do crack. Seguindo caminho inverso ao apontado pela Reforma, uma lacuna de serviços 24 horas vai dando espaços para novos modelos asilares que insistem em voltar, assumirem papel fundamental com as ditas comunidades terapêuticas como pilar importante do cuidado oferecido e estimulado muitas vezes ao que apresentam problemas relacionados ao uso de drogas.

Observa-se assim que a exclusão social e a ausência de cuidados fazem parte da história e atingem continuamente as pessoas que estão em sofrimento psíquico. O Ministério da Saúde (2004) em documento sobre a Política de Saúde para Usuários de Álcool e Outras Drogas reconhece a importância e a necessidade de ultrapassar o atraso histórico de abandono dos que necessitam de tratamento devido ao consumo de substâncias.

Essa negligência possibilitou que propostas de intervenção focadas unicamente na abstinência e de caráter total tomassem conta do cenário de tratamento para usuários de drogas. Os discursos predominantes eram o médico psiquiátrico, religioso e bélico (“guerra às drogas”), sendo os usuários representados como antissociais, imorais e criminosos, e para tal necessitavam de exclusão/separação do convívio social (Adorno, 2014). Esses discursos contribuíram para uma compreensão distorcida daqueles que fazem uso problemático de drogas, no qual o combate à substância é considerado fator fundamental no tratamento (Medeiros, 2014). Também, o fato de muitas substâncias serem consideradas ilícitas contribuiu para a construção do consumo de drogas enquanto ato de criminalidade, criando-se a necessidade de ocultação do uso e assim, de maior marginalidade. Ao mesmo tempo, ao se tratar algumas drogas como lícitas e outras como ilícitas construiu-se uma crença de que as drogas lícitas seriam menos prejudiciais e abriu-se espaço para reações intensas quanto às drogas ilícitas (Corradi-Webster, 2013; Ministério da Saúde, 2004).

Percebe-se que muito há ainda o que ser feito para a construção de uma rede de atenção psicossocial efetiva e que trate seus usuários como cidadãos. Com a Reforma Psiquiátrica, foram propostos serviços substitutivos ao hospital, para o tratamento de pessoas com quadros clínicos psiquiátricos. Também foram propostos equipamentos especializados para o tratamento de problemas relacionados ao uso de drogas. Entretanto, tanto a literatura como profissionais afirmam que há muitas pessoas que têm quadros clínicos psiquiátricos e também fazem uso de drogas. Estas pessoas muitas vezes ficam sem tratamento, ou são referenciadas de um serviço a outro. A fim de conhecer melhor esta realidade e poder contribuir para o fortalecimento da rede de atenção psicossocial, faz-se necessários estudos que busquem conhecer melhor como demandas relacionadas ao consumo de drogas são compreendidas e tratadas em serviços de saúde mental.

Formulação do Problema

2. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A literatura tem apontado que algumas pessoas em intenso sofrimento psíquico encontram no consumo de substâncias psicoativas um modo de lidar com suas emoções. Pessoas com quadros clínicos psiquiátricos apresentam intenso sofrimento psíquico e assim, o consumo de drogas acaba sendo comum entre essas pessoas. Entretanto, o consumo nesta população aparece relacionado ao aparecimento precoce de sintomas psiquiátricos, a difícil adesão ao tratamento, a piora do prognóstico, ao maior número de internações e exposição a situações de risco. Apesar disto, a literatura aponta que os serviços de saúde mental parecem enfrentar dificuldades para lidar com estas situações, devido a alta carga de trabalho nestes serviços que impossibilitam uma avaliação mais aprofundada, também pela falta de treinamento da equipe para lidar com estas questões ou por problemas relacionados a organização da rede de atenção em saúde mental. Frente ao que foi exposto anteriormente, parece-nos adequado formular as seguintes questões: Como demandas relacionadas ao consumo de drogas aparecem no cotidiano de um serviço de saúde mental do município de Ribeirão Preto –SP? Como profissionais deste serviço compreendem o consumo de drogas e o uso destas por pessoas que apresentam um quadro clínico psiquiátrico? Que práticas são produzidas a partir destas compreensões, considerando-se também o contexto de sua produção?

Objetivos

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender a perspectiva de profissionais de um serviço de saúde mental sobre o consumo de drogas por pessoas em tratamento psiquiátrico.

3.2 Objetivos Específicos

- Investigar como questões relacionadas ao consumo de drogas aparecem no cotidiano de um serviço de saúde mental;
- Compreender os sentidos produzidos com profissionais de saúde mental a respeito do uso de drogas feito por pessoas em tratamento psiquiátrico;
- Conhecer como profissionais de um serviço de saúde mental organizam e produzem suas práticas em situações que envolvem o consumo de drogas.

Método

4. MÉTODO

4.1 Delineamento Teórico-Metodológico da Pesquisa

Este estudo possui um delineamento qualitativo e descritivo, e considera a pesquisa como um momento de construção de sentidos. Nesta direção, não compreende que existem métodos mais potentes para atingir a verdade dos fatos sociais e sim, considera que os fatos são construções sociais (Spink & Medrado, 2004), posicionando-se de maneira a entender os métodos como capazes de trazer versões de mundo, inscritos no contexto social e no momento histórico, fruto dos posicionamentos possíveis entre entrevistador e entrevistado, no caso de uma entrevista.

Compreende que a linguagem é vista a partir de seu papel performático, sendo esta, parte fundamental para como o sujeito concebe a realidade (Burr, 2003). Com o uso da linguagem as pessoas constroem versões do mundo social e de si mesmas (Potter & Wetherrel, 1987). Portanto, não vê os resultados da pesquisa como representando uma realidade dada, e sim, como construindo realidades sociais. Entretanto, para que as construções sejam vistas como possibilidades, elas devem ganhar legitimidade no meio (Burr, 2003). A produção de sentidos está então circunscrita aos discursos hegemônicos de determinado momento histórico e às opções feitas pelo pesquisador em cada etapa do estudo. Os discursos remetem às regularidades linguísticas que se perpetuam ou se alteram no tempo, mas que se mantêm inscritas nos contextos dos grupos sociais e influenciam no modo como os objetos são construídos (Spink, 2004). Alguns exemplos seriam o discurso médico, o discurso religioso e o discurso moral. Com o uso destes discursos, são construídos diferentes sentidos sobre o uso de drogas (Corradi-Webster et al., 2009).

A influência das opções do pesquisador ocorre durante todo o processo. A construção ocorre na seleção do tema a ser estudado, no instrumento utilizado, no encontro entre o pesquisador e o entrevistado, no diálogo do pesquisador com a literatura selecionada para realizar a discussão dos resultados, nas opções feitas durante a análise, dentre outros momentos. Segundo Spink e Medrado (2004), o momento da entrevista pode ser um momento de produção de sentidos, na perspectiva de que pode enunciar temas aos entrevistados talvez não antes pensados daquela maneira, ou possibilitar quebras com o habitual dos discursos, dando visibilidade a alguns sentidos em detrimento a outros. Os sentidos são construídos

quando duas ou mais vozes se confrontam, sejam advindas do encontro, por exemplo, das vozes do entrevistador e do entrevistado no momento da entrevista, ou em nível de pensamento, quando o entrevistado constrói sentidos dialogicamente com enunciados trazidos por familiares, mídia, amigos, etc. Para Spink e Medrado (2004, p. 41): “O sentido é uma construção social, um empreendimento coletivo, mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas – na dinâmica das relações sociais historicamente datadas e culturalmente localizadas – constroem os termos a partir dos modos como compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta”.

Compreender os sentidos significa também produzi-los. Portanto, o pesquisador quando analisa os dados e apresenta seus resultados, também constrói sentidos junto a seus possíveis interlocutores, avaliadores e leitores de seu trabalho escrito. Existe na análise, um diálogo entre o que foi produzido no momento da pesquisa com a literatura da área e com as experiências prévias do pesquisador. Com esta negociação se busca novos entendimentos a respeito do objeto de estudo. A fim de garantir o rigor e a objetividade na pesquisa, deve-se considerar então a indexicalidade, ou seja, a vinculação da pesquisa ao contexto, compreendendo ser responsabilidade do pesquisador explorar e descrever o contexto da pesquisa (Spink, 2004). Deve-se buscar dar visibilidade a todo o processo, descrevendo o modo com que os participantes foram selecionados, as características destes e do contexto da entrevista, explorando as possíveis influências destas (McNamee & Hosking, 2012; Taylor, 2008).

Estudos no campo das ciências sociais têm dado grande importância para a reflexão no processo de fazer pesquisa, dando visibilidade às decisões feitas durante esta, como por exemplo, sobre quais e como foram os procedimentos realizados, incluindo a relação entre os sujeitos envolvidos neste processo de pesquisa (pesquisador e pesquisado) (S.R. Oliveira & Piccinini, 2009). Considera-se que o pesquisador influencia no processo de construção do objeto e nos sentidos produzidos, sendo importante conhecer e analisar sua influência nesse processo. Willig (2005) descreve esta postura observadora/analítica como reflexividade. Adotar métodos reflexivos de se fazer ciência é admitir como importante as relações entre indivíduos e destes com os contextos em que estão inseridos, diferenciando-se da postura da ciência moderna de considerar apenas o sujeito em sua individualidade e transpondo-se para epistemologias mais pós-modernas ou pós-estruturalistas. No encontro entre pesquisador e pesquisado estes trazem diferentes referenciais sociais, ficando a cargo da reflexividade negociar de que maneira ocorre esse cruzamento de referenciais sociais ajudando a compreender quais as dinâmicas presentes nessa interação.

Willig (2005) aponta ainda uma diferenciação entre reflexividade pessoal da reflexividade epistemológica. A reflexividade pessoal diz respeito ao pesquisador, a como seus valores, experiências, interesses, crenças, posições e objetivos vão moldando sua pesquisa. A reflexividade epistemológica busca responder questões referentes ao modo como o objetivo da pesquisa delimitou a construção do objeto estudado, assim como as delimitações feitas pelo desenho do estudo, pelas questões da entrevista e pela técnica de análise. Dessa forma, é importante que a pesquisa demonstre preocupação de explorar outras formas de descrever o fenômeno, de propor novas possibilidades de construir e pensar aquele objeto, auxiliando na transformação social (McNamee & Hosking, 2012).

4.2 Caracterização do Campo da Pesquisa

4.2.1 Aspectos da rede de atenção à saúde no município de Ribeirão Preto – SP

Este estudo foi realizado em Ribeirão Preto, cidade de médio porte do nordeste do estado de São Paulo que possui mais de 600 mil habitantes (segundo o Censo do IBGE de 2010). É a oitava mais populosa cidade deste estado.

É uma cidade costumeiramente conhecida como associada à saúde e à educação devido à sua característica universitária, com investimentos em áreas de pesquisa em saúde. É pólo de saúde para o Departamento Regional de Saúde XIII (DRS-XIII) do qual faz parte, por possuir um hospital de alta complexidade no atendimento terciário (Hospital das Clínicas) ligado à Faculdade de Medicina da USP de Ribeirão Preto, atraindo pessoas de diferentes cidades do estado para atendimento de alta complexidade ou mesmo de outros estados.

A organização da saúde no município está dividida em cinco distritos, territorial e geograficamente delimitados, sendo eles: Norte, Sul, Leste, Oeste e Central. Cada Distrito possui uma unidade distrital de atendimento 24 horas e mais uma rede com unidades básicas de saúde, equipes de saúde da família, serviços de especialidades e hospitais, de maneira a oferecer atenção primária, secundária e terciária (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013).

Com relação aos recursos e organização da área da saúde mental do município, o plano municipal de saúde 2014-2017 (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2013) relata a

presença das seguintes estruturas: três unidades especializadas (UBDS Castelo Branco, CSE Sumarezinho e PAM II - psiquiatria infantil), oferecendo serviços de especialidade em psicologia e psiquiatria; dois ambulatorios para maiores de 18 anos, também com atendimento em psicologia e psiquiatria; quatro Centros de Atenção Psicossocial, sendo eles um CAPS de nível 2 (período diurno) voltado à saúde mental de adultos, um CAPS de nível 3 (serviço 24 horas), também voltado à saúde mental de adultos, um CAPS-Ad de nível 2 voltado ao atendimento de problemas relacionados ao uso de álcool e drogas em adultos e um CAPS de nível 2 voltado ao atendimento relacionado a problemas com o uso de álcool e drogas de crianças e adolescentes; dezoito residências terapêuticas, sendo sete de administração municipal e onze de administração estadual; quatro comunidades terapêuticas conveniadas para oferecer atendimento a pessoas com problemas relativos ao uso de álcool e drogas, sendo uma delas em um convênio via Ministério da Saúde; uma casa de acolhimento transitório; duas unidades de acolhimento para pessoas que ainda estão em fase de estruturação; além de um hospital especializado em psiquiatria com 294 leitos. A estes equipamentos, somam-se os serviços oferecidos pelo hospital universitário, Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP, que inclui um Hospital Dia, ambulatório de psiquiatria e leitos para internação em saúde mental em enfermarias psiquiátricas. Existem também, outros serviços oferecidos pelas universidades do município, como clínicas-escolas.

4.2.2 Aspectos do serviço de saúde escolhido para a coleta de dados

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Atenção Psicossocial de nível 3 (CAPS-3) do município de Ribeirão Preto – SP. Os CAPS são serviços públicos que prestam atendimento em saúde mental. Eles podem ser de três níveis (1, 2 ou 3), variando quanto ao porte, complexidade e abrangência populacional. Os CAPS devem atender prioritariamente pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, Portaria n.º 336/GM (Ministério da Saúde, 2002a). Os CAPS-3 são destinados a prestar serviço de atenção psicossocial em localidades com mais de duzentos mil habitantes, tendo a função de: oferecer serviço ambulatorial de atenção contínua em regime de 24 horas; responsabilizar-se, junto ao gestor, pela coordenação da saúde mental de seu território; ser regulador da porta de entrada dos serviços em seu território; coordenar atividades de supervisão a unidades psiquiátricas hospitalares; supervisionar e capacitar equipes da atenção primária.

As modalidades de atendimento disponíveis aos usuários do CAPS-3 são: atendimento individual, atendimento em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas e atendimentos domiciliares, atendimento à família, atividades comunitárias de reinserção do paciente e o acolhimento noturno (de acordo com a portaria anteriormente citada, o acolhimento noturno deve ser restrito a sete dias corridos ou 10 dias intercalados em um período de 30 dias).

No momento da pesquisa os pacientes eram geralmente encaminhados ao CAPS-3 por Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS) e por outras Unidades de Saúde Mental. O referido CAPS-3 foi escolhido como local para a coleta de dados devido ao seu papel fundamental dentro da saúde mental do município naquele momento. Ele era um serviço que operava em diversas frentes, inclusive regulando o fluxo de urgências psiquiátricas da cidade. Por se tratar de um serviço em regime de funcionamento 24 horas, e responder à demanda de atendimento em regime de urgência em saúde mental do município, foi se constituindo com características peculiares frente a outros CAPS de mesma complexidade, sendo os procedimentos e investimentos do serviço voltados principalmente para a avaliação, reavaliação e regulação de pacientes psiquiátricos em estados agudos de urgência. Assim, o serviço foi se distanciando, desde a sua inauguração no ano de 2008 até o momento da coleta de dados (2013/2014), da proposta da atenção psicossocial como preconizado pela Portaria No. 336, que instituiu os CAPS no Brasil (Ministério da Saúde, 2002a), e de parâmetros da Reforma Psiquiátrica brasileira presentes na Lei No. 10.216 (2001), aproximando-se de características manicomialis ou de enfermarias psiquiátricas, tanto na maneira como o serviço era organizado fisicamente (possuindo leitos hospitalares para o acolhimento noturno do paciente ao invés de camas) quanto na maneira como os protocolos eram estabelecidos dentro do serviço (por um período durante a coleta de dados, por exemplo, o serviço trancava a porta do setor do acolhimento noturno para que os pacientes não “fugissem”). O espaço físico do CAPS-3 trazia em si aspectos que evidenciavam sua história pregressa de medidas asilares. Historicamente, o local onde o serviço está instalado possui ligação íntima com a psiquiatria e ademais com o manicômio. Fora no passado esse prédio um sanatório conhecido pelos moradores da cidade. O prédio original do sanatório foi dividido em três partes, um Centro Espírita que é proprietário do prédio, o CAPS-3 e o CAPS-Ad adulto da cidade, locatários do restante do espaço. Apesar de servindo a outras funções atualmente, estruturalmente o prédio foi pouco alterado e na fachada convive com a placa dos CAPS a inscrição do nome do sanatório, além de uma estátua de busto homenageando uma enfermeira por seus serviços na época de sanatório.

Adentrar o espaço do CAPS-3 é observar o velho e o novo modelo convivendo, disputando espaço. Algumas barreiras físicas da época de sanatório ainda existem, as paredes e portas separando os setores fisicamente, agora ornamentados por quadros confeccionados por pacientes do CAPS-3 feitos mais recentemente. Algumas barreiras foram suavizadas, passando de imposições físicas para protocolos e regras, como o posto de enfermagem, que foi retirado o vidro e a porta da época de sanatório que separava profissional e paciente e no lugar disso foi estabelecida uma regra que eles não pudessem de forma alguma adentrar aquele espaço. O serviço possui diversas divisões relacionadas ao espaço do paciente e do espaço do profissional. Assim, banheiros, refeitórios e bebedouros, por exemplo, são separados entre os destinados ao profissional e ao paciente.

Na época da coleta de dados, o atendimento disponível incluía: atendimento intensivo 24 horas com acolhimento noturno, atendimento semi-intensivo de caráter diurno, atendimento ambulatorial e urgência psiquiátrica. Oferecendo também atendimento psiquiátrico, psicoterapia individual e em grupo, atendimento a familiares, terapia ocupacional e oficinas. A unidade tinha como território todo o município de Ribeirão Preto, por não haver outro CAPS de nível 3 na cidade. Fazia isso dividindo as atribuições de porta de entrada com as Unidades Básicas Distritais de Saúde (UBDS), que funcionavam como portas de entrada para pacientes em estado agudo que seriam encaminhados ao CAPS-3 para avaliação e possível tratamento.

O serviço contava, no momento da coleta, com cinco leitos para tratamento em regime de acolhimento 24 horas. Segundo documento produzido pela Secretaria de Saúde do município, um dos focos do serviço é o trabalho com a família e o esclarecimento da natureza da crise psicótica, possibilitando que a família possa melhor compreendê-la (Cruz, 2012). Ainda segundo este documento, o atendimento era preferencial para adultos, atendendo, entretanto, pessoas a partir dos 16 anos. Adolescentes poderiam ser admitidos após ampla discussão entre a equipe e avaliação cuidadosa dos benefícios desta admissão e das possibilidades do serviço em recebê-los. Em situações em que a presença da família é recomendada, esta era possibilitada durante o dia dentro do setor de acolhimento 24 horas.

A proposta inicial do serviço não contemplava o atendimento a pessoas em crises decorrentes exclusivamente do consumo de drogas, devido à existência de um CAPS especializado em álcool e outras drogas no município. Entretanto, pessoas com estes quadros clínicos eram aceitos em algumas situações, incluindo casos com a presença de comorbidades ou por medida judicial segundo o documento oficial já citado (Cruz, 2012).

Considerando os CAPS como serviços de extrema representatividade no cuidado comunitário em saúde mental no Brasil, estudar que sentidos permeiam o cotidiano desses serviços e de que maneira estes sentidos viabilizam algumas práticas no serviço ao invés de outras, seria também uma maneira de avaliar o andamento do processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. A Reforma Psiquiátrica não envolve apenas técnicas, mas também estratégias, possibilitando observar dessa maneira quanto o modelo psicossocial tem conseguido substituir o modelo hospitalar de cuidado, como pressupõe a Reforma citada (Fiorati & Saeki, 2013).

4.3 Processo de Coleta dos Dados

4.3.1 Participantes

Participaram desse estudo 16 profissionais do CAPS-3 do município de Ribeirão Preto-SP, sendo esta amostra composta por sete homens e nove mulheres. Foram convidados todos os trabalhadores que integravam a equipe no período matutino (entre 07 e 13h). Este período foi selecionado por concentrar a maior parte da equipe e realizar grande parte das atividades do serviço. Os critérios de inclusão dos participantes na pesquisa foram: (a) Fazer parte da equipe fixa do serviço selecionado, trabalhando pelo menos uma vez na semana no período matutino; (b) Trabalhar por pelo menos seis meses no serviço; (c) Ter contato em nível assistencial com os usuários do serviço; (d) Concordar em participar da pesquisa.

Todos os profissionais da equipe matutina foram convidados a participar das entrevistas. Apesar de não ter havido recusa de nenhum deles, três possíveis entrevistados não puderam participar por dificuldades de agenda (dois médicos e um enfermeiro). Diversas tentativas foram feitas para a realização da entrevista com estes participantes, algumas delas foram inclusive agendadas e canceladas de última hora devido à dificuldade de atrelar o momento da entrevista com a rotina de trabalho desses profissionais. Apesar disso, todas as profissões envolvidas no contato com o paciente tiveram representatividade na amostra.

A Tabela 1 apresenta de modo sintetizado e breve quem são esses profissionais que foram entrevistados. As características apresentadas são provenientes de dados levantados durante as entrevistas e não através de formulários sócio-demográficos específicos. Foram

apresentadas informações consideradas importantes para a análise do *corpus*, como a profissão, o primeiro contato relatado com a saúde mental e o ano de ingresso no CAPS. É importante ressaltar que 2008 é o ano de inauguração do CAPS-3 e pode-se observar na tabela que alguns entrevistados estão no serviço desde sua inauguração e que, para alguns, a entrada no CAPS-3 coincide com seu primeiro ano profissional atuando em saúde mental.

Em contato com o *corpus* da pesquisa e exaustivas discussões dentro do grupo de pesquisa, algumas escolhas foram tomadas para a preservação da identidade dos participantes. A primeira delas foi uniformizar o sexo dos participantes. Todos os participantes serão mencionados com o gênero masculino, ainda que a amostra seja composta por seis homens e nove mulheres. Tal escolha se deu devido à característica da língua portuguesa de não haver inflexão entre o gênero masculino e o gênero indeterminado, facilitando dessa forma a escrita, já que ela suprimirá o gênero real do participante. Tal escolha mostrou causar pouco prejuízo na apresentação dos resultados, já que a análise trouxe poucas questões relatadas pelos participantes que continham em si conteúdos relevantes relativos ao gênero. Entretanto, apenas esse controle não foi suficiente para a preservação do sigilo com relação à identidade dos participantes, uma vez que se tratando deste serviço ser o único CAPS de nível três da cidade, algumas profissões que contam com apenas um profissional no serviço no turno escolhido para a coleta, caso por exemplo da terapeuta ocupacional, deixariam evidente na apresentação dos dados desta participante de quem se tratava. Entendendo a formação profissional como determinante na produção de sentidos pelos participantes, poderia ser prejudicial não apresentar as profissões dos participantes. A saída encontrada para tal impasse foi, após análise inicial dos dados, dividir os participantes em três grupos afins. Os três grupos são apenas para a apresentação dos dados de maneira a proteger a identidade dos participantes preservando o máximo os sentidos trazidos por estes. As entrevistas foram feitas individualmente e esta divisão foi apenas pensada a posteriori. Buscou-se agrupar de maneira a ter grupos com quantidades equiparadas de participantes além de se intentar a maior homogeneidade e coerência ideológica possível no agrupamento entre as profissões. São os grupos:

1. Grupo biomédico (B+número)

Este grupo foi formado pelo agrupamento dos profissionais entrevistados que tenham suas formações dentro do paradigma biomédico. Compõem esse grupo três médicos, um enfermeiro e um farmacêutico.

2. Grupo humanidades (H+número)

Este grupo reúne os profissionais entrevistados que possuem formações ligadas às humanidades, compondo a parte psicossocial do serviço. São eles: três psicólogos, um assistente social e um terapeuta ocupacional.

3. Grupo técnico (T+número)

Compõem esse grupo os profissionais de nível técnico entrevistados, sendo eles cinco técnicos de enfermagem e um técnico administrativo.

Ao referir-se a um participante, o método utilizado foi codificá-lo dentro de seu grupo (Tabela 1), atribuindo-lhe a letra inicial do grupo (B, H ou T) seguido de um número que o identifica (por exemplo: B2, T5 ou H3). Essa estratégia foi adotada ao invés de nomes fictícios por facilitar ao leitor identificar não apenas que participante está sendo referido, mas ao ver o código entender de maneira mais fácil em que grupo de profissões ele se insere. Além disso, essa estratégia prepara o material para possíveis publicações futuras em língua inglesa, pois tais códigos são mais facilmente entendidos e mais amplamente utilizados em artigos qualitativos em inglês, buscando uma amplitude de divulgação mundial, pois alguns nomes ainda que fictícios são circunscritos a determinadas culturas e podem ser entraves para a compreensão em outras.

Tabela 1 - Descrição de características dos participantes do estudo

Nome Fictício	Ano de primeiro contato profissional com demandas em Saúde Mental	Ano de ingresso no CAPS-III
Grupo Biomédico (3 médicos, 1 farmacêutico e 1 enfermeiro)		
B1	2009	2009
B2	2006	2009
B3	1994	2011
B4	Informação não obtida	2008
B5	2008	2008

Grupo Humanidades (3 psicólogos, 1 assistente social e 1 terapeuta ocupacional)		
H1	2004	2011
H2	1987	2008
H3	Informação não obtida	2011
H4	Informação não obtida	2009
H5	2006	2011
Grupo Técnico (5 técnicos de enfermagem e 1 assistente administrativo)		
T1	2010	2010
T2	2011	2012
T3	2007	2008
T4	2008	2008
T5	Informação não obtida	2008
T6	Informação não obtida	2008

4.3.2 Instrumentos

Para a composição do *corpus* analisado na pesquisa foi utilizado fundamentalmente a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta. O roteiro de entrevista semi-estruturada é o método de coleta de dados mais usado em pesquisas qualitativas em Psicologia (Willig, 2005), já que os dados obtidos com este instrumento possibilitam diversos tipos de análises, sendo um método que necessita de preparação e planejamento cuidadosos (Lyons & Coyle, 2007). O roteiro de entrevista inclui questões que servirão mais como guias do que ditadoras dos caminhos que a entrevista irá percorrer, sendo agentes disparadores para encorajar o sujeito a pensar e a falar sobre determinado tema. Assim, necessita da sensibilidade do entrevistador para medir o quanto ele deve direcionar a entrevista para que não se perca o foco do que está sendo investigado e o quanto ele deve possibilitar que o sujeito se expresse livremente, permitindo surgir sentidos importantes do encontro que acontece no momento da entrevista que extravasam os sentidos pensados *a priori* pelo pesquisador. Willig (2005) ressalta a importância de se considerar como o pesquisador e o contexto da entrevista influenciam no modo como se conversa sobre o tema proposto. Esta é a importância da apresentação prévia da pesquisa para a equipe, tirando dúvidas e possibilitando um melhor envolvimento com o tema da entrevista. Para que uma boa entrevista seja feita, o *rappor*t estabelecido entre o entrevistador e o entrevistado é fundamental. Todas as entrevistas foram conduzidas pelo pesquisador que realizou este trabalho. O roteiro utilizado nesta pesquisa foi produzido considerando-se os objetivos propostos pelo estudo, buscando conhecer como questões relacionadas ao consumo de drogas

aparecem no cotidiano do serviço, como os profissionais compreendem estas questões e as práticas que são produzidas a partir destes sentidos (Apêndice A).

Como instrumento auxiliar às entrevistas, o pesquisador procurou registrar notas de campo descrevendo observações relevantes no período em que estava no serviço realizando as entrevistas. Estas anotações do campo são importantes para expressar aspectos não-verbais percebidos durante a coleta e que extravasam os limites do momento da entrevista e das transcrições das gravações, ajudando a trazer elementos do contexto, fundamentais para a análise dos sentidos (Tong, Sainsbury, & Craig, 2007). Além disso, o registro constante dessas notas de campo serviu como forma de manter-se sempre em postura de pesquisa, deixando o processo da pesquisa não estancado dentro dos limites do momento da entrevista, ampliando a percepção do campo. Estes registros serão importantes para a análise e discussão dos dados, buscando uma compreensão mais global do fenômeno estudado (Minayo, 2014). Spink (2003) traz questionamentos a respeito de quais os limites do campo em que se está inserido, apontando que o processo de fazer pesquisa no campo é também um processo de contar histórias: “Ao relatar, ao conversar, ao buscar mais detalhes também formamos parte do campo; parte do processo e de seus eventos no tempo”. Dessa forma, é a maneira como o pesquisador se envolve com o tema que constituiria os limites do campo. Poder contar sobre algo é também um processo de mostrar como se posiciona em relação àquilo, e o processo de contar sobre algo também é um processo de produzir algo. Ainda, segundo Spink (2003, p.26): “A pesquisa nasce da curiosidade e da experiência tomados como processos sociais e intersubjetivos de fazer uma experiência ou refletir sobre uma experiência”

4.3.3 Processo de constituição do corpus

Já havia entre o pesquisador e o CAPS-3 contato prévio anterior à pesquisa. Tal contato possibilitou que não houvesse uma aproximação com o serviço para a realização das entrevistas, mas sim uma transformação nas relações existentes entre o pesquisador e os trabalhadores e usuários do serviço.

Tal característica peculiar desse processo de pesquisa possibilitou ao pesquisador ter maior inserção na equipe, permitindo uma conversa mais próxima, desde o momento da realização do convite para participar das entrevistas, até o processo desconstrução do vínculo necessário para o desenvolvimento da pesquisa (Minayo, 2014). Assim, através deste contato

anterior com o serviço, os relatos dos participantes sobre os fatos, percepções do contexto também foram compreendidos com maior familiaridade. Dessa forma, a história pregressa do pesquisador como psicólogo colaborador da instituição é considerada nesse estudo, ao passo que se considera a não neutralidade deste. Segundo Burr (2003), esse processo de conscientização da contribuição do pesquisador enquanto um participante da pesquisa (reflexividade) está relacionado ao cuidado durante todo o processo de fazer pesquisa, considerando e explorando como o pesquisador influencia, seleciona e expõe esse processo. O convite assim se torna um embarcar na riqueza da história que pesquisador e pesquisados já construíram juntos antes, durante e após o processo de pesquisa mantendo um olhar atento para a maneira como essas histórias vão se alternando, se modificando, compreendendo em que papéis de pesquisador e pesquisado vão sendo construídos durante o processo.

Inicialmente foi sondado com o então gerente do CAPS-3, também coordenador de saúde mental do município de Ribeirão Preto – SP, sobre a viabilidade de se realizar a pesquisa neste serviço. Após a disponibilidade para a permissão da realização do estudo acenada por ele, foram feitos todos os trâmites burocráticos e éticos junto à universidade e à Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto para a autorização das entrevistas. Com a regularização, a proposta de estudo foi apresentada na reunião de equipe do serviço, que acontecia semanalmente. Todas as dúvidas a respeito da intenção e dos procedimentos do estudo foram respondidas. Além disso, o pesquisador se colocou à disposição para tirar quaisquer dúvidas que surgissem posteriormente. Foram também aventadas possíveis datas preferenciais para a realização da entrevista junto com cada membro da equipe a fim de facilitar a adequação das agendas, tentando minimizar o impacto que retirar o trabalhador de sua rotina de trabalho diária possa ter para o bom andamento do CAPS-3. Um dos médicos entrevistados, por dificuldades de encontrar horários durante seu expediente, disponibilizou-se a participar fora de seu expediente e a entrevista foi realizada em seu consultório particular em horário agendado. Os profissionais que preenchiam os critérios de inclusão foram convidados individualmente a participar da pesquisa e, as entrevistas foram sendo agendadas uma a uma. Estas foram realizadas em salas apropriadas para a atividade, de maneira a minimizar interrupções. No local da entrevista, a proposta do estudo era novamente explicada e eventuais dúvidas eram sanadas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice B) era entregue ao entrevistando, para leitura e consentimento deste. Aos entrevistados era solicitada a autorização para a áudio-gravação da entrevista. Não houve casos em que o participante não autorizou que a entrevista fosse gravada. O tempo médio de duração das entrevistas foi de uma hora.

4.4. Análise do *Corpus*

Foi realizada análise de conteúdo temática, considerando-se para a construção das categorias, os objetivos do estudo. As entrevistas foram primeiramente transcritas na íntegra. Depois o pesquisador principal e orientadora fizeram leitura flutuante e reflexiva das transcrições buscando conhecer como as questões relacionadas ao consumo de drogas apareciam no serviço estudado, buscando a multiplicidade de sentidos relacionados ao consumo destas, e conhecer as práticas produzidas no serviço de saúde mental pesquisado relacionadas a estas demandas. Com isto, construiu-se uma tabela com duas colunas. Na primeira, foi colocada a entrevista na íntegra. Na segunda, foi anotado, com palavras dos pesquisadores, sobre o que cada passagem da entrevista tratava. Foi realizada então novas leituras, sendo criada uma terceira coluna, onde os pesquisadores buscaram sintetizar o tema que era tratado em cada passagem. Após essa primeira análise, algumas reuniões entre o pesquisador principal e a orientadora foram realizadas a fim de negociarem os sentidos e temas construídos por cada um dos pesquisadores ao ler as transcrições e discutir pontos que foram entendidos de forma discrepante.

Com base nestas leituras, foram construídas categorias temáticas, organizando os diferentes temas descritos na coluna três. Para cada categoria foi atribuída uma cor, a fim de facilitar sua visualização. Os temas foram então coloridos com as cores específicas de cada categoria temática e separados em novos documentos divididos por cor/categoria. Na sequência, uma nova leitura foi feita dos temas agrupados em cada categoria, procurando por temas relevantes que apareciam e se repetiam em cada uma delas. Em seguida, tendo em mente tais temas e categorias, retornou-se às transcrições de forma a avaliar e corrigir eventuais incoerências do processo de codificação, buscando reavaliar se os entendimentos levantados pelas categorias e temas correspondiam aos sentidos produzidos na entrevista. Por fim, foram retirados trechos literais das transcrições das entrevistas que ilustrassem os temas levantados. A análise foi interpretada e discutida com a literatura já produzida na área, tomando também por base as políticas públicas de saúde e saúde mental brasileiras.

Vale ressaltar que esse processo de categorização não esgota a riqueza de sentidos do material. Categorizar é também uma decisão do pesquisador de priorizar alguns assuntos em detrimento de outros (Spink, 2010). É poder agrupar de certa maneira e não de outra, seguindo aquilo que foi vivido nos encontros das entrevistas. Apresentar os temas em categorias é uma tentativa de síntese possível, admitindo que escolher é também restringir,

protegendo-nos de uma idéia onipotente de que caberia na análise (por mais criteriosa que fosse) toda a infinidade de sentidos possíveis em um encontro.

4.5 Considerações Éticas

O estudo teve início após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa com Humanos da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP. Antes da realização das entrevistas os participantes leram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice-B), onde foram esclarecidos os objetivos do estudo e o modo como a pesquisa seria conduzida. Também foram informados sobre seus direitos enquanto participantes, seguindo a Resolução 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (vigente na época da coleta de dados). Caso concordassem em participar, era solicitado que assinassem o Termo de Consentimento.

Para além dos procedimentos éticos comumente empregados na pesquisa, advindos das portarias específicas já citadas anteriormente, uma questão ética pertinente perpassou o processo de pesquisa: como garantir o sigilo necessário das identidades dos entrevistados haja vista existir apenas um CAPS de nível três na cidade? Foi preocupação constante durante o processo de coleta de dados garantir aos participantes que suas identidades ficariam preservadas, assunto que aparecia como preocupação igualmente constante no imaginário desses funcionários que temiam ter suas opiniões expostas ao apontar aspectos a ser melhorados no CAPS-3. Levando-se em conta que a descrição do contexto é fundamental para garantir o rigor desse tipo de pesquisa (Minayo, 2014), garantir o sigilo sem sacrificar detalhes importantes das informações tornou-se um desafio. Assim, os cuidados éticos destacados na seção “Participantes” foram tomados.

Resultados e Discussão

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apresentar os resultados de pesquisa dentro da perspectiva teórica adotada neste trabalho é também um processo de contar histórias. É apresentar quais os caminhos que levaram o pesquisador a escolher este dentre diversos temas de pesquisa possíveis. É descrever como aconteceram os encontros e desencontros dentro deste processo. É apresentar, para quem lê seu relato de pesquisa, de que maneira os entendimentos e processos se alteraram com o passar do tempo. Trata-se de um relato de viagem, da descrição de um trajeto vivido no campo de forma única. Esta descrição reflexiva do processo vivido de pesquisa é característica fundamental para garantir o rigor em pesquisas desta natureza. É a possibilidade de trazer o leitor consigo de forma indutiva no processo vivido na pesquisa, proporcionando-lhe reflexões sobre seu próprio contexto. Apresentar resultados também tem como objetivo refletir a respeito do trajeto percorrido no processo de pesquisa, olhando em retrocesso para a maneira como se deram os encontros e as escolhas e, além disso, para o processo de como os sentidos foram sendo construídos no decorrer da pesquisa. Intenta, ainda, convidar o leitor para construir seus sentidos dialogicamente com este texto, embarcando no processo que foi “estar em pesquisa”, negociando os trajetos aqui descritos neste e nos próximos capítulos com suas próprias trajetórias e histórias.

Meu interesse em pesquisa no Centro de Atenção Psicossocial – 3 (CAPS-3) de Ribeirão Preto é proveniente do contato feito em duas oportunidades de atuação como psicólogo voluntário assim que me graduei em Psicologia. Entre as duas oportunidades em que realizei trabalho na instituição houve uma interrupção devido a um intercâmbio na Inglaterra. Esse contato como psicólogo atuante nessa instituição me trouxe questionamentos que suscitavam determinadas impressões de que apenas o trabalho acadêmico me satisfaria e se aproximaria da melhor forma de como poderia contribuir com o serviço. Dos muitos incômodos, um deles havia de ser selecionado para meus estudos, e foi a relação do uso do álcool e outras drogas com o contexto do transtorno mental que acabou sendo escolhido. Um episódio específico vivido na época de psicólogo voluntário contribuiu intensamente para esta escolha. Em determinado dia de trabalho, participando de conversa com os funcionários em que um deles se referia a determinado paciente que teria feito uso de álcool durante o final de semana, observei que esse uso suscitou nestes membros da equipe certa desesperança quanto ao esforço dedicado ao tratamento deste paciente. Construiu-se naquele breve momento sentidos de que o uso de álcool pelo paciente em tratamento significaria desinvestimento por

parte deste pelo tratamento ou, em alguns momentos, uma piora em seu quadro no tratamento. Foi atribuído ao episódio do paciente um sentido negativo quanto ao uso do álcool em relação à saúde mental. Neste mesmo dia, em momento mais informal na copa do serviço, certo funcionário exclamou: “Preciso beber hoje ou vou ficar louco!”, atribuindo ao uso do álcool função de cuidado ou auxílio em sua saúde mental. Surgiram então questionamentos a respeito de que maneiras o uso de álcool e drogas são significados pelos profissionais do serviço. Que aspectos trariam uma idéia de que o uso de determinada substância poderia ser útil ou prejudicial em sua relação com o cuidado em saúde mental?

A maneira como tais incômodos e questionamentos perpassaram meu processo de pesquisa será apresentada entremeando minhas reflexões sobre as falas dos pacientes e dos autores que escolhi como interlocutores para a minha discussão. Após ouvir a palestra da Prof. Dr. Maria Cecília de Souza Minayo (comunicação pessoal, 25 de agosto de 2015) realizada na Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto refleti a respeito da modalidade de apresentação dos dados qualitativos. A partir destas reflexões e em acordo com minhas anotações de Campo convenci-me de duas coisas. Primeiramente, os resultados e discussão de um processo qualitativo de pesquisa necessita trazer a voz de seus participantes que confiaram nesse meio como capaz de trazer à tona de maneira científica suas opiniões, necessita apresentar, além disso, as reflexões do pesquisador que esteve em contato com o campo-tema (Spink, 2003) da pesquisa todo este período de tempo e por fim apresentar diálogos possíveis entre o percebido no processo e autores diversos da literatura científica a esse respeito. Segundo, foi decidida a apresentação das categorias temáticas construídas e sua discussão através de capítulos por entender essa maneira como potente para esta empreitada. A seguir são apresentados os capítulos advindos deste processo.

Capítulo 1 - Especificidades do Contexto

Essa categoria abrange as descrições sobre o contexto no qual os entrevistados estão inseridos, fundamentando suas impressões sobre o que vivenciam. A descrição das características do contexto em que se inserem os profissionais entrevistados é de grande importância para a pesquisa pois ajuda a compreender como os participantes constroem suas percepções a respeito do que falam. Analisar estes aspectos dá ferramentas para a compreensão de como significam o uso de drogas no contexto do tratamento em saúde mental. Como já ressaltado nos métodos, compreende-se que o rigor na ciência, está relacionado à possibilidade de se apresentar detalhadamente todo o processo da pesquisa, incluindo o contexto social e histórico que a permeiam, revisitando o conceito de objetividade em ciência e propondo-o como intersubjetividade pertencente ao diálogo (Spink & Lima 2004). Para a composição dessa categoria foram agrupados temas trazidos pelos entrevistados a respeito de aspectos da realidade brasileira, da realidade local e de vicissitudes da rede e do serviço de atenção à saúde em que estes profissionais estão inseridos. Além disso, essa categoria aborda questões historicamente entendidas como ultrapassadas ou ainda em voga e políticas públicas que influenciariam a saúde mental e a questão do uso de drogas.

Ainda que discordem a respeito da intensidade e da maneira como o uso de drogas aparece no serviço em questão, todos os entrevistados relataram a existência do consumo destas por pacientes em tratamento no CAPS-3. Entretanto, para os participantes, a rede de atenção à saúde mental do município estava frágil e desorganizada, além de carente de diversos aparatos. Apontaram que isto favorecia uma política de encaminhamentos como forma de não responsabilização dos serviços com os pacientes e não ficava claro, por exemplo, qual local da rede poderia receber o paciente que precisa do cuidado à saúde mental e que faz uso de álcool e drogas. Ainda que o CAPS-AD surja muitas vezes nas falas como o local prioritário de encaminhamento para pacientes com o uso problemático de álcool e drogas, esse fluxo de encaminhamento e de discussão de casos ainda não apareceram como claros e bem estabelecidos.

A maneira como a rede de atenção à saúde é compreendida no contexto dos profissionais foi um tema que apareceu com bastante relevância nas entrevistas. Além disso, a maneira como eles descrevem pontos positivos ou a serem melhorados no modo como o CAPS-3 se envolve com a rede de atenção à saúde do município e suas práticas - dando

especial atenção às questões sobre drogas que permeiam o cotidiano dos usuários do CAPS-3 foram identificadas como tendo associação com o tema em questão.

A rede de atenção psicossocial (RAPS) vem aparecendo nos últimos anos como uma estratégia fundamental para pensar o cuidado em saúde mental de modo comunitário. Organizar uma rede significa fundamentalmente entender o cuidado àquele que busca a atenção em saúde de maneira integrada, articulando os serviços de modo a proporcionar um cuidado coerente dentro da proposta de saúde investida pelo município. Significa não deixar os serviços de saúde funcionando isoladamente, ilhados, mas investir no contato entre estes serviços, a fim de estimular o fluxo de encaminhamentos explorando os diferentes recursos presentes na rede para a melhora do paciente encaminhado e não apenas como instrumento de desresponsabilização para com ele.

Com o advento do SUS, as redes surgiram como instrumento fundamental para a atenção em saúde, seja devido à complexidade dos problemas em saúde, pela intersetorialidade que envolve o cuidado em saúde ou mesmo pela dificuldade em pactuar diferentes atores do cuidado em saúde, estabelecendo como pressuposto que um serviço, por melhor que fosse, não abarcaria todos os cuidados necessários, pensando o cuidado em rede como algo com esse potencial (Quinderé, Jorge, & Franco, 2014).

A rede aparece na fala dos participantes como algo que possui muito potencial no cuidado em saúde mental, mas percebida como ainda muito incipiente e desorganizada. Haja vista a multiplicidade de sentidos produzida pelos participantes poucos são os assuntos em que se pode falar em unanimidade ou algo próximo disso, entretanto, quando o assunto abordado nas entrevistas foi a maneira como a rede se organiza no contexto pesquisado, houve um discurso bastante homogêneo entre os eles a esse respeito. Dentro do roteiro de entrevista havia uma pergunta a respeito de como o profissional entende como a rede é estruturada no município. Frente a isso, a maioria dos profissionais respondeu muitas vezes em tom irônico, dizendo que a pergunta na verdade versava sobre a maneira como a rede era desorganizada no município. Cito abaixo diversas dessas falas como forma de representar a regularidade citada sobre este posicionamento:

B4= *“Como a rede é desorganizada nessa questão né? (risos) Porque você não vê organização nenhuma né?”*
B1= *“O jeito como a rede é desorganizada?” (risos)*

B3= “Desorganizada né? Não tem nada organizado aqui, né? Como eu falei desde o início, não tem nenhuma organização aqui. Não tem ligação. Não tem alma a saúde mental aqui.”

B2= “O jeito que a rede tá....eu acho que não tá nada estruturada, não tem estrutura pra lidar com essa questão, tá mal estruturada...”

H3= “Bom, a verdade é que a gente está passando por um momento crítico na parte de saúde aqui de Ribeirão né?”

T3: “Total. Como eu te disse, envolve muitos fatores, e a estrutura em saúde mental, na minha opinião, em Ribeirão Preto, pra mim é inexistente.”

T4: “Olha, eu acho que em relação à organização, digamos que... não há uma organização.”

T6: “Eu acho que eles estão engatinhando ainda.”

O discurso de desorganização da rede é ainda mais freqüente quando olhamos para dentro do grupo denominado biomédico. Uma leitura possível disso é que esses profissionais dentro do serviço são responsáveis pela maior parte das ações que envolvem o encaminhamento dos pacientes. No momento da pesquisa pude perceber que tanto a decisão de admitir o paciente no serviço em acolhimento 24 horas quanto, encaminhá-lo para outros serviços da rede ficava a cargo dos médicos. Durante o processo da pesquisa a Prefeitura do Município instalou um sistema online a fim de regular a referência e contrarreferência dentro da rede, entretanto, tal sistema era exclusivamente acessado pelos médicos. Tal observação traz uma reflexão de que talvez a rede aparente ser entendida como desorganizada por muitas vezes envolver apenas alguns atores nas decisões. Estudo realizado na mesma cidade desta pesquisa realizado por Corradi-Webster (2013) com auxiliares de enfermagem de outro serviço de saúde mental apontou que eles também entendem a rede local como insuficiente aumentando o número de reinternações, trazendo uma idéia de que este aspecto de desestrutura da rede possa ser uma percepção recorrente em outros serviços do município. Miranda, Oliveira e Santos (2014) ressaltam a importância de se pesquisar o modo como se dá a rede de atenção em saúde em municípios de pequeno e médio porte, pois analisam que a maioria dos estudos a esse respeito se concentram em pesquisar nos grandes centros urbanos. Os autores apresentam em seus dados que profissionais entrevistados de um CAPS relataram dificuldades em se relacionar com outros serviços da rede de atenção em saúde mental e também na relação com serviços da saúde coletiva, como dispositivos da atenção básica ou hospitais. Entretanto, esses mesmo profissionais relataram que nenhum esforço é feito por eles a fim de superar essas dificuldades impostas pela rede.

Quinderé et al. (2014) postulam que a rede não acontece propriamente em seu planejamento, mas se forma de acordo com o trabalhador e seu contato com outros trabalhadores e com outros serviços, criando vínculos e criando algo único, uma rede singular para um projeto terapêutico singular pretendido como estratégia de cuidado. Os autores ressaltam que alguns profissionais estando inseridos em mais de um serviço ou transitando pessoalmente por diferentes serviços é fator importante para fazer pontes e estabelecer melhor o fluxo de pacientes. A rede parece funcionar de modo mais eficiente quando rompe com uma ideia hierárquica e piramidal dentro do cuidado em saúde, possibilitando por exemplo, que o paciente estabeleça seu cuidado em diferentes serviços com diferentes complexidades ao mesmo tempo. Ademais, um pensamento em rede permite aos profissionais postos de trabalho menos estratificados e enraizados em apenas um serviço possibilitando, por exemplo, através do matriciamento que o profissional do CAPS possa ver o paciente quando está na atenção básica ou no hospital, compreendendo melhor sua história e trajetória em busca do cuidado (Quinderé et al., 2014).

Continuando a discussão a respeito da rede local de assistência à saúde, outro ponto levantado pelos entrevistados como relevante é a percepção de que a saúde mental possui local desprivilegiado dentro da rede de atenção à saúde do município, não sendo algumas vezes compreendida em suas especificidades e sendo também alvo de menores investimentos do que em outras áreas da saúde. O diálogo com T1 é bastante representativo neste sentido:

T1= Desafios? Uma série... como eu disse, a própria falta de estrutura, a própria falta de recursos, recurso humano mesmo acho que o grande desafio é a falta de estrutura, a falta de recurso humano...falta de verba para às vezes fazer alguma coisa para melhorar...

E= Por exemplo?

T1= Às vezes a gente precisa de uma coisa simples, às vezes a gente precisa de um material simples e falta verba, às vezes parece que falta verba ou se aplica mal, se aplica mais em determinadas coisas do que em outras...

E= Tipo o que você acha?

T1= Às vezes compra-se demais de determinado material e faltam outros, às vezes a prioridade é para compra de material que para saúde mental faltam outros...

E= Tem como você me explicar melhor?

T1= Então, por exemplo assim, às vezes a gente precisa de uma agenda que for, às vezes a gente precisa de uma agenda e você vai buscar, eu tô falando isso para você entender a coisa mais simples, às vezes você não tem uma agenda para...

E= E aí foi investido em que? Porque você disse que aí é investido em coisa que não são muito da saúde mental...

T1= Às vezes compra-se um material que falta, só que falta a agenda que for para gente, para gente não se tem prioridades, o que é prioridade para determinados serviços não é prioridade para gente

E= Humm... eu acho que eu entendi então... de alguma maneira se entende, veja se é isso, que a gente como um serviço de saúde mental precisaria se organizar de outro jeito do que os outros serviços de saúde que são mais gerais?

T1= É um caminho à parte a saúde mental, a saúde mental não é igual a parte clínica que você vai lá você tem um clínico e te oferece o suporte... saúde mental não você tem que ter uma séria de acompanhamentos por um bom tempo, um bom suporte por um bom tempo para pessoa como é na parte clínica que a pessoa vai lá tem uma febre e você vai lá o médico te examina e te dá a medicação.

E= Por que você acha que algumas vezes a gente estrutura desse jeito aqui?

T1= Às vezes pensa-se lá em cima...

E= Nas altas escalas?

T1= Nas altas escalas que saúde mental é como um posto de saúde que aqui é uma UBS(Unidade Básica de Saúde), que é simplesmente o paciente vir aqui e... tá dando suporte, vai para casa. Saúde mental não é assim, bom, eu acho que não é assim. Pensa-se... cada unidade tem uma demanda, cada unidade tem um tipo de funcionamento, tem um tipo de paciente diferente, você pode comparar o Caps-3 com o ambulatório por exemplo, lá tem pacientes estabilizados, aqui não tem pacientes estabilizados. Tem pacientes estabilizados mas depois da crise mas eles pensam que são...

E= Então talvez uma outra sugestão seria ter um olhar para ver o que de fato aqui precisa?

T1= Acompanhar o que é feito, o trabalho aqui mesmo... acompanhar o que é feito, como é feito, como é que feito o acompanhamento do paciente aqui... acompanhar mais de perto mesmo... ver o que é feito, como é feito e não julgar todas as unidades como depósito.

O trecho supracitado aponta com mais clareza para uma percepção sobre o lugar que a saúde mental ocuparia no município. Alguns artigos discutem que após a reestruturação da saúde mental com a Reforma Psiquiátrica Brasileira, o CAPS acabou ocupando um lugar ainda não bem estabelecido dentro da saúde, sendo visto – e funcionando – com práticas próximas às dos manicômios. Onocko-Campos et al. (2013) apontam que, no tocante à Reforma Psiquiátrica Brasileira, ainda que tenha proporcionado um aumento de investimentos e ampliação de serviços comunitários como os CAPS, quando se fala de algumas práticas dentro dos serviços, como a possibilidade do paciente discutir seu uso de medicamento com os profissionais, tais práticas são ainda muito pautadas por um modelo biomédico e tutelar vigente, que muitas vezes preocupa-se mais com a tutela do que com o cuidado. Fiorati e Saeki (2013), em trabalho realizado em serviços de saúde mental dentro do mesmo município deste estudo, observaram uma pobreza nas relações de trabalho dos profissionais pesquisados, além de muitas vezes haver falta de materiais dentro do serviço. As autoras justificam isso como influenciado por uma política do governo municipal de privilegiar leitos em hospitais ao invés de investir em estruturas extra-hospitalares. No referido estudo foi encontrado também que aparentemente os funcionários que estão a mais tempo no serviço, e que passaram pela época da reforma psiquiátrica brasileira valorizam mais as ações de reabilitação psicossocial, ao passo que profissionais mais novos parecem ter uma tendência de oferecer um serviço que busque a padronização do comportamento dos pacientes, além de referenciar esses pacientes para serviços que muitas vezes não eram previstos na estratégia da reforma. O participante T2 aponta que quando existe a falta de recursos para investir na saúde, o corte de verbas acontece primeiramente em determinadas áreas e isso é o que sinaliza para ele que talvez a saúde mental não esteja entre as prioridades do município, como podemos ver no trecho a seguir:

“Porque assim, com o tempo a gente observa que essa área que a gente trabalha que é a saúde mental ela já tem uma cultura de discriminação. Ela é diferente das outras áreas da medicina que a cada ano cria mais credibilidade, consegue mais credibilidade. Então, aqui os órgãos, tudo gira para que como se isso aqui fosse uma coisa supérflua e até muitas vezes desnecessária. Não cabe dizer aqui, mas a conduta de algumas pessoas que vamos dizer assim comandam a área da saúde demonstram claramente isso. Ai a gente tem dúvida: ‘Ai, mas porque isso?’ e a gente começa a encontrar as respostas. Por

exemplo, como foi falado pelo nosso coordenador, quando se precisa cortar verbas, qual é o primeiro lugar que eles pensam? A área da saúde mental. Vamos começar por lá. Corta tudo que puder deles. E funciona assim. Aí eu te pergunto: Porque é que se faz isso? Não é importante?”(T2)

Miranda et al. (2014) ressaltam a importância do papel estratégico do CAPS para a organização da saúde mental local fazendo matriciamento e capacitação de profissionais de outros serviços para questões relacionadas à saúde mental. Apesar disso, os autores trazem dados mostrando como existe uma dificuldade em entender a saúde mental fora dos limites físicos do CAPS. Tal opinião vem em consonância com H5, que assim como apontado anteriormente por T2, identifica poucos investimentos no município quando se trata de saúde mental, mas ressalta ainda que esse investimento em formação de saúde mental em outros aparatos seria ainda mais escasso, dando-lhe a impressão de que os serviços específicos de saúde mental da cidade acabam ficando em uma função de depositar pessoas com essa demanda:

“Eu acho que é uma coisa interna porque... pensando em Ribeirão né, em geral vê... tô pensando na saúde mental, tá? (...) não sei mas ver a saúde mental como algo paralelo, então assim, precisa de serviços paralelos, então não vou dar condições para que esse serviço funcione, vamos dizer assim, porque isso realmente não acontece, mas ver o serviço de saúde mental como algo paralelo. Então assim, ele não vai inserido nas UPAs, não vai ser inserido nas UBDSs, tem que ter um lugar pra depositar essa população, não vai ser em conjunto às outras unidades de emergência...”(H5)

É importante ressaltar também que os técnicos aparentemente relacionam com mais frequência que problemas na saúde mental da cidade podem estar associados a questões políticas do município. Dado interessante, pois a carga dos técnicos fica a atuação com menor contato direto com as decisões que envolvem outros serviços da rede e da gestão da saúde do município:

“Então, isso é muito complicado, isso aí a gente começa a falar de questões políticas, porque isso aí, a saúde está relacionada a questões políticas, e a política tá relacionada a orçamento.”
(T3)

O participante T2 aponta que o modo como a rede se organiza está relacionado com a verticalização da estrutura de poder e de decisões dentro desta. Isto pode ser ilustrado no excerto abaixo:

“Se a gente for na raiz do problema é sempre assim. Porque a hierarquia é uma pirâmide, no topo da pirâmide estão os coordenadores, os chefes de gabinete, os secretários, então de lá para baixo a gente vem até chegar aqui no usuário que é a parte da base da pirâmide. Então quem que coordena esse pessoal? São aqueles que estão no topo, então com certeza, para se cuidar de uma coisa, nunca a gente cuida da consequência e sim da raiz, então se parte da raiz do problema, qual que é?” (T2)

Entretanto, são eles os funcionários que se mantém mais no “corpo-a-corpo” com os pacientes, inclusive nos cuidados noturnos e de finais de semana (apesar dos entrevistados serem discriminados como da equipe da manhã, os técnicos trabalhavam muitas vezes em um sistema de plantões complementares nos turnos da tarde e da noite, e se revezavam nas escalas de finais de semana). Além disso, outro dado interessante para pensar a compreensão dos técnicos sobre a rede é que o contato principal que eles têm com outros serviços é através do contato telefônico. Através das observações da rotina do serviço, percebi que o telefone era um instrumento para o contato entre os serviços, que se ligavam com bastante frequência no período da manhã, à procura de vagas para que fossem feitos os encaminhamentos de pacientes de um serviço a outro. Fiorati e Saeki (2013) apontam para a existência de ações que privilegiam uma separação das competências profissionais específicas em detrimento de uma equipe mais multidisciplinar, ocasionando que muitas vezes haja uma lacuna de conhecimento em que os saberes específicos das profissões sendo executadas separadamente não dão conta de abarcar as especificidades dos pacientes.

Quinderé et al. (2014) relatam a dificuldade de flexibilização e um potencial engessamento no sistema de referência e contra-referência nas redes através de vários procedimentos e exigências que se interpõem entre o usuário e, sobretudo, serviços especializados proporcionando redes mais moldadas em pressupostos estabelecidos do que na demanda dos usuários. Esses autores discutem ainda que são os próprios trabalhadores da rede que a constroem, que atuam e operam dentro dela, acionando suas redes instituídas ou não, fazendo encaminhamentos uns e não outros, fortalecendo vínculos com alguns trabalhadores ou serviços de saúde em detrimento de outros, construindo uma rede em ato, ou seja, na atuação da rede, em seu cotidiano, e não numa rede concebida a priori pela gestão.

Essa desestrutura da rede parece prejudicar ainda mais os pacientes que não têm uma demanda clara, por exemplo, pacientes que fazem uso de drogas e têm o transtorno mental por ficarem muitas vezes num jogo de empurra entre os serviços que ficam com dificuldade de se responsabilizarem pelo paciente, como exemplificado no diálogo com H5:

H5: “...sabe o que me parece? Que muito não é de ninguém, ninguém quer, ninguém quer pegar isso pra si, ninguém quer tomar e falar: ‘Aqui é o serviço de usuário’, é visto como um problema, acolher essa demanda se não é um serviço especializado é um problema, torna-se um problema. Então parece que quer jogar: ‘Não, é de lá’, ‘Não! É seu, é seu’.”

E: “Fica empurrando”

H5: “Fica empurrando. Talvez porque o município não se estrutura muito bem pra isso. Aí quem é prejudicado é o paciente. É que quando você diz que ele não tem um lugar, ele tem um lugar. Aquele lugar não vai fornecer o que ele realmente precisa. Eu acho que é mais nesse sentido. Tem um lugar? Tem. Mas é que esse lugar tá adequado pra demanda dele? Nesse caso eu acho que não! Justamente porque tinha as duas questões envolvidas”

H. Alves et al. (2004) ressaltam a existência de dificuldades na abordagem terapêutica dos pacientes com comorbidade, pois estes geralmente não encontram um local adequado para tratamento. Silva et al. (2009) apontam a dificuldade da abordagem terapêutica nesses casos pela divisão existente entre os serviços psiquiátricos e os serviços especializados em uso de substâncias, impossibilitando este tipo de comorbidade ter um lugar característico,

Nota-se também que os entrevistados apontam para a alta frequência de demandas relacionadas ao uso da droga no serviço, ao mesmo tempo em que consideram que este serviço não teria sido planejado para atender estas queixas. Com isto, todos consideram que há uma “regra”, ou uma política interna do serviço, de encaminhar os pacientes quando há questões relacionadas ao uso de drogas. Isto é exemplificado pela fala de H5:

“Então, porque aqui no CAPS tem aquela política de que os pacientes que entram que eles tenham, não é o que acontece na realidade, com todos os casos, com a maioria, mas que os pacientes que entram não tenham o uso associado de álcool e drogas porque eles têm só o transtorno psiquiátrico e aqueles que o uso abusivo de substância seja maior, seja de primeira ordem, vamos dizer assim, vai para o outro CAPS (AD), então eu vejo que o contato é nesse sentido, até porque aqui o meu contato é com os pacientes da semi que não fazem uso abusivo, fazem uso mas não abusivo.” (H5)

Aparentemente essa regra vem de uma percepção de que a questão da saúde mental e do uso de drogas são entendidas na organização do cuidado em saúde como demandas separadas, sendo localizadas pelos profissionais entrevistados de maneira que o CAPS-3 estaria voltado à questão da saúde mental, e que o uso de drogas seria, portanto, uma demanda estranha à demanda pretendida pelo serviço, e que o CAPS-3 não seria um lugar adequado para atender demandas provenientes do uso de drogas. Tal percepção pode ser vista no excerto abaixo:

“Não, aqui não é um lugar adequado pra tratar drogadicto. Aqui não foi feito pra isso. (...) Então isso caracteriza um CAPS? Não! Não caracteriza! Então o que é que a gente encontra? De tudo!” (B3)

Apesar disso, todos os entrevistados entendem existir o uso de drogas entre os pacientes do CAPS-3 e de que a questão da droga é bastante falada no serviço. Essa questão é reforçada quando este projeto de pesquisa foi apresentado na reunião de equipe e alguns

profissionais interpelaram antecipando que a questão da droga é bastante recorrente no serviço, ressaltando a importância de que isto fosse pesquisado. Essa impressão pode também ser vista na fala de B1:

“E: ‘E você acha que assim, na sua prática profissional lá no CAPS-3 você lida com questões relacionadas ao consumo de drogas muitas vezes’.

B1: ‘Muitas vezes! Muitas’.

E: ‘Muito comum?’

B1: ‘Muito comum’

E: ‘De que maneira?’

B1: ‘Ahhh... tem muito usuário ali que é usuário de cocaína e de maconha. Tem muito’.”

Não apenas todos os entrevistados apontam para uma percepção de que existe o uso de drogas no CAPS-3 como alguns deles relatam a percepção de um aumento crescente de aparecimento de questões relacionadas ao uso de drogas no serviço:

“...sempre, sempre tem... o que eu percebo, nesses 4 anos, que tem aumentado... no início a gente não recebia paciente com transtorno mental e também com... usuário de droga. E hoje, a gente já tem recebido, bastante paciente. Com as duas problemáticas, que tem o transtorno mental e que também é usuário de droga ilícita: maconha, cocaína.” (H4)

Alguns entrevistados apontam que questões relacionadas ao uso de drogas aparecem nos diferentes âmbitos de atuação do serviço e que o uso se apresenta com características diferentes dependendo do setor do CAPS-3 que se apresenta. Isto é exemplificado na fala de B1, que percebe diferenças nos diferentes âmbitos do CAPS-3:

“Olha... Eu acho que o uso agudo faz aparecer os casos na urgência, o uso crônico faz o cara não sair do ambulatório, tentando aí encaixar uma coisa na outra, no ambulatório no sentido de como ele usa a droga como tampão, muitas vezes ele

... não vai pra análise, ele não vai pra análise, ele não elabora um monte de coisas, ele continua atuando, dando chique, muitos são classificados como personalidade instável, o cara é primitivo nas formas de elaborar conflito e se comportar...”(B1)

O estudo de Latt et al. (2011) mostra a presença de um significativo uso de substâncias nos pacientes que se apresentam em um serviço de urgência psiquiátrica. Como já apontado anteriormente, durante a pesquisa realizada no CAPS-3, o serviço era referência em urgência psiquiátrica no município, como muitas vezes foi reiterado pelos entrevistados. Apesar do participante B2 citado abaixo, também perceber a questão da droga aparecendo em diversos âmbitos do serviço, ele traz uma ideia de que em qualquer um dos âmbitos o uso da droga é problemático da mesma forma:

“O problema é sempre o mesmo, a luta é sempre a mesma, você vê um paciente que está internado ou em ambulatório, ele dá trabalho do mesmo jeito, é a mesma coisa.”(B2)

O participante B2 relata além disso a não homogeneidade, mesmo entre os médicos do serviço, a respeito de como é feito o manejo da questão da droga dentro do CAPS:

B2: “Aqui no CAPS-3 não. Eu percebo que cada colega tem uma conduta.”

E: “Colega você quer dizer médico ou qualquer pessoa da equipe”

B2: “Médico. Tem muita diferença nos medicamentos.”

Apesar da regra observada pelos profissionais, parece que alguns casos de uso de drogas são tratados no CAPS-3, gerando algumas insatisfações apontadas pelos entrevistados. Um exemplo seria a sensação de que o CAPS-3 não tem uma identidade bem definida ou seria visto como diferente dos outros CAPS:

“Acho que independente se é uma demanda do seu serviço ou não, porque tem essas questões de divisão, vamos dizer assim, de complexidade do serviço, então esse paciente é para cá, esse paciente não é para cá. Mesmo não sendo para cá, pensando em como está estruturado aqui, não sendo para cá, num primeiro momento é acolher, então acolher, escutar para daí orientar ou reencaminhar ou inserir no serviço. A forma como aqui está estruturado talvez não seja o mais comum ou não seja uma estrutura de CAPS porque eu imagino que em um CAPS-3 esse paciente seria acolhido e inserido, entende assim? É a primeira vez que eu vejo essa divisão se faz uso ou não faz uso, porque tá muitas vezes interligado.” (H5)

Yasui (2010) ressalta que várias situações e dilemas no serviço de saúde mental interpelam o profissional que traz muitas vezes de sua formação aspectos forjados em outro modelo, hospitalocêntrico, e confrontam-no com a possibilidade/necessidade de um modelo comunitário. Alguns entrevistados apontam que tal divisão muito demarcada da escolha acerca de quais questões relacionadas ao uso de drogas não deveriam ser atendidas no CAPS-3 viriam historicamente de uma decisão dos médicos do serviço:

E: “Você pensa que talvez isso tenha a ver com o que você disse que a avaliação e a admissão é toda feita através do médico, é o médico que faz, você acha que isso talvez influencia nessa divisão?”

H5: “Divisão do que? Do serviço estruturado...”

E: “Divisão de que: “Não! Esse paciente não é daqui!”

H5: “Sim!”

E: “Você acha que é uma visão mais médica?”

H5: “Não sei se é uma visão médica mas... nesse caso quem tomou essa decisão foram esses profissionais”

E: “São os médicos que decidem se o paciente é daqui ou não é daqui?”

H5: “Sim.”

Fiorati e Saeki (2013) ressaltam com relação a outros serviços da rede do mesmo município terem encontrado também uma tendência de organizar os serviços de um modo

médico-centrado, priorizando ações como: a consulta médica, o diagnóstico, o tratamento medicamentoso e psicopatológico, ficando a figura do médico num papel de único e indispensável para o funcionamento dos serviços. A fala de H5 prossegue ressaltando um entendimento comum com outras entrevistas de que esse CAPS-3 é centrado no profissional médico, compreendendo que esta é uma configuração que vem desde o começo do serviço e que pode se alterar através do tempo:

“...mas assim, fazendo um parênteses, hoje, hoje que eu digo é de duas semanas pra cá, essa inserção do paciente no serviço tá um pouquinho diferente porque tá sem médico, entende? Então nem como tá sendo feito eu sei direito, mas logo que eu entrei estava muito mais estruturado porque o quadro de médicos tava muito maior, então assim o paciente ligava de outra instituição, sei lá, da UBS, o contato era feito médico com médico das duas instituições, e aí: ‘Ah tá, então manda pra cá!’, então se não tiver médico no serviço o paciente não chega, vai esperar até ter médico no serviço. Outros CAPS, a gente foi conhecer lá em Campinas, é lógico que o serviço... mas a equipe acolhe o paciente também, a equipe também decide se o paciente é ou não daqui, daqui não, do lugar, do CAPS, e aqui isso é o médico, talvez isso tenha sido feito, eu não tava aqui no começo quando isso foi definido...”

Nehlin, Grönbladh et al. (2012) apresenta percepção diferente de seu contexto quando comparado com a dos profissionais aqui entrevistados. Para este autor, serviços psiquiátricos não são centrados no cuidado médico ao contrário da atenção primária, pois a maior parte do tratamento nos serviços psiquiátricos seria exercido por profissionais não médicos. Entretanto, refletindo sobre o contexto aqui trazido pela fala dos profissionais, pode-se ressaltar a posição de Quinderé et al. (2014) sobre a importância do cuidado compartilhado, envolvendo diferentes trabalhadores e destes com familiares e pacientes, promovendo o encontro do saber científico com o saber popular do profissional com o paciente: “Cuidado compartilhado é uma forma de fazer, e neste sentido é uma tecnologia de trabalho em saúde.”

Aparentemente, essa percepção de um modelo médico não se restringe apenas ao CAPS-3. A fala de B5 aponta para uma percepção de que além do CAPS-3, a política de

saúde de Ribeirão Preto- SP também estaria muito centrada na figura do médico, causando frustração nos outros profissionais:

“...mas é culpa de toda uma estrutura, a nossa, a saúde pública aqui de Ribeirão é muito voltada para a figura do médico, porque o médico tem que consultar, diagnosticar, prescrever e a gente tem que manter aquilo que ele passa. E a gente acaba não tendo, os outros profissionais, acabam não tendo muito o que fazer, quando não tem a figura do médico para prescrever, e isso vira um ciclo e fica no automático. Porque ao mesmo tempo o médico prescreveu aquilo, que você é obrigado a seguir aquilo...”(B5)

Miranda et al. (2014) apontam que o papel dos CAPS ficaria muitas vezes preenchido como o dispositivo que detém o saber sobre a loucura, que centralizaria frente aos outros serviços o cuidado em saúde mental, estabelecendo uma relação na visão dos profissionais de impotência e desesperança, contrastando com a onipotência de se colocar como única alternativa dentro da rede para lidar com essas questões. Para este autor, apesar do concebido pela Reforma Psiquiátrica Brasileira, a medicação e o saber biomédico que a acompanha, possui grande centralidade nas ações dentro dos CAPS, ficando a medicação – e não o sujeito – no foco das ações dentro desse tipo de serviço. Tal centralidade proporciona que muito da preocupação dos profissionais se volte para o fato do paciente ter tomado ou não a sua medicação, e não propriamente para seu sofrimento e suas questões pessoais.

Além de questões do serviço e da rede, aspectos da conjuntura mais ampla em que os entrevistados estão inseridos e que influenciam as questões investigadas foram também abordados em suas falas. Dentre estes, destacaram-se aspectos do contexto brasileiro ou local que influenciam no consumo de drogas; aspectos históricos relacionados ao tema proposto; e políticas públicas para a questão que estavam em voga ou eram tidas como importantes para lidar com o tema.

Aspectos do contexto brasileiro relativo às drogas aparecem principalmente no relato de B3, que coloca o Brasil como porta de entrada da droga mundial:

“E hoje, claramente o Brasil é a porta de entrada da drogadição total. Desde há 10 anos pra cá, 15 anos pra cá. E o crime tá no Estado, organizado. Então assim, isso é muito sério.(...)”

Ele chama atenção também para a baixa qualidade da droga que é comercializada no país, relatando que a melhor parte da droga comercializada pelo tráfico internacional ficaria restrita a países mais desenvolvidos:

“Porque a cocaína que vem para o Brasil é de péssima qualidade além do que... Existe uso de drogas nos Estados Unidos, na Europa, mas é uma droga que é de primeira linha. O que vem aqui é o resto, demencia isso.(...) É diferente até a cor. Cocaína que vai pra lá é branca, super branca. A outra é amarelada como o crack. É vendida aí na rua muito barato.(...) O usuário do primeiro mundo, Estados unidos, Europa, ele tá com uma droga melhor. Tanto que pra destruir ele vai ser mais difícil. Já no terceiro mundo, sei lá como que eu chamo esse mundo, porque isso aqui tá o fim da picada, eles destroem, tem alterações neurológicas, alterações também de demência, e muito mais rápido” (B3)

O participante B1 comenta de aspectos locais que comporiam um cenário da cultura local de drogas da cidade de Ribeirão Preto – SP e de como aspectos culturais muito presentes na cidade poderiam influenciar, por exemplo, no maior uso de determinada droga em detrimento de outra:

“...Tem também a questão cultural, Ribeirão a terra do chope, São Paulo a terra da garoa, tem mais cocaína? Ou sei lá, menos bebida alcoólica? Não sei se já fizeram estudos mas tem a questão do ambiente e tem a questão das oportunidades e as questões culturais né, tem países as quais a heroína é mais freqüente então eu acho que tem uma gama de coisas tão grande e eu acho que tudo isso tá envolvido”

Outro fator apontado como relevante quando se pensa em aspectos contextuais é a maneira como os entrevistados entendem as políticas públicas ou a ausência delas como atuando para construir um pano de fundo que dificulta a atuação do profissional:

“...agora foram durante anos e anos, as políticas públicas foram relegadas a terceiro, quarto plano, então o Brasil, hoje ele ainda tá tentando equacionar todas essas mazelas e isso vem desde os anos 70, no período militar, que a gente vê que teve um esfacelamento mesmo das políticas públicas, mesmo na nova república..nova republica!... No Fernando Henrique começou alguma coisa, mas né toda essa.. política neoliberal, eles não consideram as políticas públicas como essenciais, eles são avessos a incentivar a criação de políticas, pelo menos para as pessoas menos favorecidas, pelo menos.” (H4)

Nesse sentido, o Estado brasileiro também aparece como um Estado ausente com relação às políticas públicas, não dando subsídios para que os profissionais estabeleçam um cuidado adequado aos que precisam. Dessa forma, os profissionais muitas vezes não se sentem suportados pelas políticas públicas na área, deixando-os tendo que procurar saídas “por conta própria”:

“...a gente está num país onde o Estado é corrupto, ele não é um Estado cuidador, ele é um Estado que gera violência, né? Então já começa a não ajudar daí. E aí o indivíduo que se vire. Então nós com um Estado que não é cuidador fazemos? Nos viramos, né? Nos viramos” (B3)

Políticas locais mais voltadas à questão também são colocadas como pontos importantes para a questão, pensando que tais políticas por vezes possibilitam, por exemplo, uma destinação de recursos para determinada área dentro do município, como poder ser visto na fala de H5:

“Acho que num primeiro momento o desafio é pensar na gestão, entende assim, que precisa ser criado um serviço, que as pessoas precisam ser capacitadas pra lidar com essa demanda. Aí por trás da gestão um governo que pretende investir, que vê que isso é importante: Olha, eu vou destinar verba, eu olho pra você. Isso não acontece.”

Aparentemente, os entrevistados, ao serem questionados sobre aspectos do contexto em que estão inseridos, tenderam a ser bastante críticos e pessimistas a respeito deste, seja quando se trata do contexto nacional, regional, ou até mesmo dentro do próprio serviço. Demonstraram uma tendência a localizar os problemas do contexto como sendo exterior a eles, proporcionando muitas vezes uma sensação de impotência e desesperança, colocando-se como se não houvesse nada que pudessem fazer além de denunciar aquilo que está diferente do que se propõe. O excerto abaixo de B2 exemplifica isto:

“...eles não têm a referência e contra-referência. A saúde pública também não tem. A saúde pública em geral não tem. Então, municipal né. Então não sei o que aconteceu que numa cidade de 600 mil habitantes, não tem uma rede de saúde resolutive e preventiva. Não tem! Porque eu também não sei. Não entendi muito bem. Eu também não entendo o porquê. Porque já era pra estar formado. Tanto que nós aqui trabalhamos em ambulatório só recebemos gente de problema de saúde clínico. A gente não faz psiquiatria. E tem gente morando em casa, por exemplo, há 20 anos esquizofrênico. Como que pode uma coisa desse nível? (B2)

Algo próximo a isso pode ser visto nos dados apresentados por Miranda et al. (2014) a respeito de uma cidade de médio porte do estado do Rio de Janeiro. Os autores obtiveram que profissionais entrevistados de um CAPS relataram dificuldades em se relacionar com outros serviços da rede de atenção em saúde mental e também com serviços da saúde coletiva, como os dispositivos da atenção básica e os hospitais. Entretanto, esses mesmo profissionais relataram que nenhum esforço é feito por eles a fim de superar essas dificuldades impostas pela rede.

No capítulo apresentado descreveu-se o contexto no qual os profissionais estão imersos. Aspectos como a desestrutura da rede de atenção à saúde mental ou características

intrínsecas ao CAPS-3 em que estão inseridos apareceram muitas vezes como forma de denúncia ou reflexão a respeito da limitação do serviço e dos discursos que fundamentam mais frequentemente suas ações. Além disso, apontamentos a respeito do contexto do município ou do país ajudam a construir pano de fundo para as reflexões acerca dos sentidos construídos pelos profissionais sobre a temática do uso de drogas a ser explorado no capítulo a seguir.

Capítulo 2 - O fenômeno da droga

Esse capítulo agrupa os resultados obtidos com relação a como os profissionais entendem o fenômeno do uso de drogas na sociedade e no contexto de vida e de trabalho. Os participantes foram convidados a refletir tanto em seu contexto de atuação dentro do CAPS-3, como também na maneira como eles entendem a droga e suas vicissitudes em suas histórias de vida, contexto e rotinas. A construção desse capítulo se deu devido a uma compreensão de que a droga é um fenômeno que perpassa o contexto social em que vivemos de forma muito contundente, e que, portanto, as experiências de vida e visões que os profissionais têm enquanto cidadãos, também influenciam suas práticas profissionais.

Compreender como a droga e seus desdobramentos são entendidos pelos profissionais do CAPS-3 envolveu algumas vezes ouvir suas histórias de vida, histórias familiares ou relatos de situações vividas dentro de sua atuação profissional no CAPS-3 ou fora dele, além de construir também na entrevista um momento de reflexão e, algumas vezes, reconstrução dos sentidos atribuídos às drogas.

Neste capítulo serão analisados os entendimentos a respeito do fenômeno da droga para cada participante e como estes entendimentos perpassam seus contextos. Houve uma preocupação na apresentação da pesquisa de manter uma abertura para diversos tipos de entendimento a respeito do que seria a droga. No momento de apresentação do TCLE e descrevendo o tipo de entrevista que se tratava, foi dito que nesse trabalho entendíamos drogas como quaisquer substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas, medicamentos não prescritos, e que tratávamos do uso de drogas não necessariamente problemático ou associado à dependência. Existe nisso também um posicionamento comprometido com determinado lugar dentro da pesquisa. Preocupado que o entendimento sobre drogas ficasse muito atrelado aos papéis sociais que ocupávamos no momento da entrevista, de um lado eu, pesquisador (e também profissional de saúde), vindo da universidade e entrevistando alguém em sua

condição de profissional da saúde dentro de seu local de trabalho, buscava apontar o que estava entendendo como uso de droga no estudo, na intenção de abrir espaço para ampliar os sentidos sobre o termo “droga” que poderiam ser construídos em nossa conversa. O fato de dois profissionais de saúde conversarem sobre um assunto muitas vezes entendido como do âmbito da saúde, deu ao estudo esta característica de compromisso com discursos advindos de dentro do campo da saúde. Vale ressaltar que a gama de substâncias sugeridas pelo entrevistador como sendo as drogas compreendidas no trabalho, ainda que tivessem uma intenção de ampliar o possível olhar para drogas menos comumente faladas, era uma gama trazida dentro de suas histórias de vida e seu entendimento a respeito do assunto, e ao tomar contato com isso o entrevistado também trazia seus próprios entendimentos a esse respeito dando ênfase a algumas drogas e abrindo mão de citar outras. Esse cuidado em tentar manter amplo o entendimento a respeito do que é droga possibilitou identificar o que os entrevistados entendem por este objeto, além de refletir sobre quais drogas eles dão mais ênfase. Levando-se em consideração que o momento da entrevista é um momento de produção de sentidos, a escolha do participante de falar mais a respeito de um determinado tipo de droga em detrimento de outro pode denotar o que vem à tona quando este assunto aparece, e dessa maneira, nortear de que maneira geralmente esse objeto é entendido pelo participante.

Houve uma multiplicidade de sentidos a respeito do que os participantes consideravam como droga e também se analisou quais as drogas que ocuparam mais espaço em suas falas. Dentre as substâncias tratadas pelos participantes, as mais prevalentes nas falas foram o álcool, as drogas ilícitas e os medicamentos. Quanto ao tabaco, este foi esquecido ou apareceu de modo naturalizado no contexto psiquiátrico, assunto que será tratado detalhadamente mais a frente (capítulo 3). Apareceram também pontualmente os anabolizantes esteróides, na fala de um participante, e os jogos de azar, descritos por outro como tendo funcionamento parecido pelo exercido pela droga.

Nas falas em que o álcool apareceu de modo destacado, muitas vezes este veio associado a uma idéia de prejuízo para o usuário, como pode ser visto na fala de H4:

“...então o álcool...tá até meio errado aí, porque ele... (...) a bebida alcoólica também altera a percepção, e cada pessoa tem a quantidade exata, que ela consegue beber e continua...bem até e outros que tomam meio copo de cerveja e já fica alterada, fica bem alterada, eu acho que o álcool tinha que ser, bem mais restringido.” (H4)

O participante H4, assim como outros participantes, discorreu sobre como a facilidade no acesso ao álcool pode passar uma impressão errônea de que esta não se trata de uma droga prejudicial.

“...porque culturalmente, tudo, qualquer comemoração ela (a pessoa) bebe, bebe quando tá triste, quando tá feliz...sempre é um motivo pra beber, e a gente acostumou. Bar, muitos barzinhos, aqui em Ribeirão então o consumo deve ser muito maior que em outros lugares. E as casas têm bebida alcoólica, é comum, as pessoas se acostumaram e ninguém se dá conta de como ela pode ser nociva, trazer prejuízo mesmo na vida da pessoa.” (H4)

O álcool aparece muitas vezes na fala dos participantes como uma droga identificada tanto com os ditos “usuários de drogas”, identidade muitas vezes localizada exteriormente a eles, mas por vezes aparece também no relato do uso pessoal de álcool. O álcool, talvez por ser uma droga legalizada e bastante difundida, serve como ponto ou ponte de conexão entre usuário e profissional, entretanto, ainda que ambos apareçam como usuários desta droga, muitas vezes se impõe a necessidade de diferenciá-los. O participante B5, exemplifica em sua fala, uma diferenciação entre o uso de álcool que defendia e alguns hábitos que julga prejudiciais, como ligados à dependência do uso:

“E o álcool a gente acaba bebendo porque socialmente você vai em uma festa, e você vai... festa que eu digo é casamento, numa coisa assim, você acaba tomando alguma coisa. Eu bebo alguma coisa de final de semana, mas não é sempre, então eu encaro...eu não encaro como uma droga nesse ponto, de que tomar uma cerveja”

Ele prossegue separando esses dois tipos de usuários e de consumo, posicionando o profissional de modo diferente ao paciente, para o qual se refere ao uso problemático ou à dependência.

“..agora quando a pessoa chega e fala: ‘ai... eu não fico sem a minha cervejinha’, aí pra mim essa pessoa já esta se tornando alcoólatra, aí eu tento ter paciência, se eu estou no meu trabalho eu tento conversar com a pessoa, principalmente, eu já falo ‘olha, uma lata, duas de cerveja por dia já é considerado alcoólatra e tal’.”

Nos dois trechos citados acima, o participante B5 relata seu uso de álcool, tentando também negociar os sentidos diferenciando seu uso entendido como inofensivo e um uso compreendido como problemático. Faz isso trazendo um discurso a respeito do controle ou descontrole, separando a necessidade do uso do álcool do uso em si. Refletindo a respeito destes entendimentos, o uso de álcool fica “permitido” quando a pessoa atesta o controle sobre este uso. Entretanto, vale a pena refletir que quando relata seu uso de álcool descreve com naturalidade alguém que quando vai à uma festa e “você acaba tomando alguma coisa” não compreendendo este uso como descontrole. Por outro lado, o sentido trazido por “eu não fico sem a minha cervejinha” quando trazido pelo paciente do CAPS-3 é entendido por ela como tornando-se alcoólatra. Tal percepção remete ao questionamento que motivou o processo de pesquisa, do álcool tendo sentido de cuidado quando direcionado à equipe e sentido de descuido quando realizado pelo paciente (como apresentado no texto introdutório dos resultados). As drogas ilícitas apareceram recorrentemente nas falas dos participantes. Alguns significam drogas apenas como as drogas ilícitas, replicando um discurso muito difundido na sociedade e já rebatido pela literatura (Nutt, 2010) de que a ilegalidade se deve a uma maior periculosidade destas frente às drogas legalizadas. O participante T1 aponta como algumas drogas seriam mais perigosas do que outras, exemplificando com o crack:

T1= Eu acho que muito mais o crack, (...) hoje são 10 pedras depois ela quer 15 pedras pra ter o mesmo efeito do dia anterior porque 10 pedras no outro dia já não satisfazem, não fazem o mesmo efeito que ela teve no dia anterior.

E= Então o crack seria pra você uma droga um pouco diferente das outras?

T1= Ela seria devastadora, não que as outras não sejam, mas ela tem um poder de vício, um poder de viciar muito maior do que as outras, ela tem um poder, ela vicia mais rápido, ela tem um efeito mais rápido então é uma droga pra se considerar a parte.

Por outro lado, existem questionamentos a respeito de quais drogas seriam as mais danosas e, portanto, questionando quais deveriam ser legais ou ilegais, apontando que esse critério de legalidade vinculada à periculosidade da droga não seria tão claro como aparece no senso comum. Crives e Dimenstein (2003) trazem uma reflexão sobre o papel da mídia em sentidos de periculosidade para as drogas ilícitas, pois, segundo esses autores, na mídia o termo “drogas” é geralmente associado apenas às drogas ilícitas, deixando as drogas lícitas aparentemente protegidas, não mostrando possíveis danos e problemas associados a seu uso.

“Então eu acho que quando a droga é ilegal, as coisas se complicam e daí eu não sei aí....aí eu tenho um posicionamento meio radical assim nesse sentido porque eu não vejo muita lógica em você ter a bebida alcoólica liberada, não só liberada como estimulada porque o uso é estimulado, porque é só você ver as propagandas de cerveja, então você tem a bebida alcoólica que é liberada e você tem outras drogas que são proibidas. Então no que é que se baseia? Qual é o critério pra uma droga ser liberada e uma droga ser proibida? Até hoje eu não sei que critério é esse.” (H1)

Complementando esse olhar sobre o sentido que as drogas lícitas ou ilícitas teriam, o participante B2 propõe um sentido em que todas as drogas seriam prejudiciais, e por esse motivo deveriam ser todas proibidas:

B2: “Aí eu já vejo como nocivas à saúde, e eu acho que tem que ser proibida mesmo. Cada uma e não adianta falar que uma é menos prejudicial que a outra, porque mesmo a maconha que tem países que legalizou, tem prejuízos enormes, dá muita psicose. É um vício que a pessoa se controla mais mas ele pode, pela psicose, fazer coisas que, por exemplo, quem fumou o crack não faz. Pela psicose que ela dá. Ela pode dar em algumas pessoas.”

“E: ‘E as drogas lícitas como o álcool ou o tabaco, como é que você vê?’

B2: ‘Eu vejo como prejudicial, eu acho que deveria ser ilícita.’

E: ‘Você acha que deveria proibir elas?’

B2: ‘Eu acho.’”

Algumas pesquisas vêm investigando uma possível relação entre o uso de maconha e o aparecimento de transtornos psicóticos (Bianconi et al. 2016; Marconi, Di Forti, Lewis, Murray, & Vassos, 2016; Schoeler et al., 2016). O participante B2 em sua fala apresenta uma apreensão simplificada de uma discussão existente na literatura, apontando a maconha como entendida por ele como possível causador de psicose. O participante B2 apresenta também uma sugestão de ampliação da proibição das drogas atualmente tidas como lícitas como maneira de evitar o impacto que elas têm na saúde dos usuários, replicando desta forma a compreensão anteriormente apontada de que a legalidade de uma substância estaria diretamente ligada à sua periculosidade. Sua fala também deixa claro que compreende a problemática das drogas apenas com o uso do discurso biomédico, ou seja, do impacto que esta tem na saúde do indivíduo. Desconsidera outros problemas que são causados pelo proibicionismo, como o aumento do comércio ilegal e da criminalidade relacionada a este e a superlotação das prisões. Segundo V.S. Alves e Lima (2009) o proibicionismo é tido por diversos autores como uma estratégia que fracassou. Além disso, criou com a criminalização do uso diversos problemas acessórios, surge daí o tráfico de drogas que onera o sistema de justiça, superlota prisões e favorece investimentos de militarização dos órgãos de repressão às drogas. Também desconsidera o fato de que proibir a venda ou o consumo de determinada substância não garante que ela não será mais usada, como se pode observar atualmente com drogas como maconha e cocaína e também, como ocorreu nos EUA com a proibição das bebidas alcoólicas durante a Lei Seca. V.S. Alves e Lima (2009) localiza a origem do movimento proibicionista nos Estados Unidos do início do século XIX, culminando na promulgação da Lei Seca norte-americana em 1920 advinda da grande industrialização do álcool nos anos anteriores. Segundo Rodrigues (2002) segue-se a esse movimento norte-americano pró-proibicionismo expansão através de acordos internacionais para outros países sobretudo da América latina. Dentre as drogas ilícitas, foram apontadas pelos entrevistados com maior ênfase a maconha, a cocaína e o crack. A maconha apareceu como a droga mais prejudicial para alguns, estando esse significado associado não apenas aos efeitos e consequências diretos que ela causa, mas também, por um suposto efeito de porta de entrada que ela teria, influenciando o usuário de maconha a ter acesso a outras drogas ilegais.

“As pessoas normalmente começam com o álcool ou tabaco, depois elas vão pra maconha, da maconha, se elas tiverem

posses financeiras, elas vão pra cocaína, se elas não têm posses, recursos financeiros, elas migram pro crack.” (T5)

O modelo de porta de entrada é um dogma no sistema norte-americano de políticas sobre drogas. Ele compreende que existe uma sequência específica no uso de drogas e, além disso, que essas drogas são muitas vezes associadas a questões criminais (Golub & Johnson, 2002). Um estudo multicêntrico questionou a teoria de que haveria uma porta de entrada específica para o uso de drogas ilícitas, verificando que há diferentes sequências de uso entre as drogas. Para os autores a droga utilizada no início do consumo está relacionada com as substâncias mais prevalentes no país e na comunidade estudada (Degenhart et al., 2010). Golub e Johnson (2002) apontaram que estes estudos que buscam propor uma causalidade entre o uso de algumas drogas eliciando o uso de outras (hipótese da porta de entrada) servem muitas vezes para fundamentar a guerra a algumas drogas feita pelo governo dos Estados Unidos, seja controlando fronteiras, fazendo intensa busca interna por drogas, ou tratando o fenômeno das drogas como algo alienígena aos EUA. O discurso proibicionista da “guerra às drogas” foi utilizado pelos entrevistados, ao afirmarem que dificultar o acesso a determinadas drogas, com controle de fronteiras ou maior ação da polícia e da justiça poderia ser uma prática para evitar o uso de drogas. Liang et al. (2011) apontam que poderia haver uma relação hipotética entre a exposição de jovens com transtornos mentais às drogas e o consumo prejudicial destas feito por eles. Ainda que encontrada relação neste sentido, os autores discutem que as pessoas mais expostas à disponibilidade de drogas ilegais muitas vezes também estão expostas a contextos sociais difíceis e a situações de sofrimento mental. Assim, percebe-se que a disponibilidade da droga é apenas um dos fatores que facilitariam o consumo.

Além da maconha, à cocaína também é atribuído um sentido bastante negativo, principalmente ao uso de seu subproduto, o crack. Ambas as drogas são tratadas de maneira parecida ainda que algumas diferenças sejam apontadas entre elas, como ilustrado na fala de B3:

“Porque, por exemplo, a cocaína tem pessoas que usam de vez em quando, e não se viciam tanto, é diferente do crack, o crack é uma droga que acaba, né? Acaba com a pessoa, demencia muito mais rápido, cocaína não, né? Tem gente que é diretor de

empresa e é cocainômalô, tem gente na faculdade que é cocainômalô, tem gente nas instituições multinacionais que são cocainômalôs.”

Como pode ser observado na fala citada do participante B3, a cocaína aparece com um sentido de uma droga perigosa, porém ainda possibilitando alguma funcionalidade para quem a usa, representado pela ocupação nesta fala especificamente, trazendo um sentido de que é possível ser usuário de cocaína e manter as funções mentais funcionais, fazendo faculdade ou trabalhando. Por outro lado, apresenta uma compreensão do crack como incapacitante das funções mentais de quem usa, danificando e demenciando. Além disso, são apontadas diferenças entre cocaína e crack com relação ao preço de cada uma delas e, consequentemente, às classes sociais que elas atingem prioritariamente.

“O crack, por ser uma droga muito mais barata e ela ser muito mais... a pessoa sentir uma necessidade de usar cada vez mais quantidade de pedra. Essa é uma droga muito mais barata com um efeito muito mais rápido do que a própria cocaína” (T1)

Na fala do participante T1, é apresentado um sentido de droga como produto no mercado capitalista, trazendo entendimentos que, assim como outros produtos comercializados, ainda que de forma ilegal, o preço do produto impactaria em quais classes sociais cada droga teria mais inserção. Neste sentido, Zeferino, Santos, Radünz, Carraro e Frello (2006) apresenta uma ideia de compreensão das drogas também como produto dentro de uma sociedade de consumo capitalista, complementarmente a isto Torcato, Soares, Corradi-Webster, Carneiro e Adorno (2013) afirma que permissões a respeito de sua legalidade ou não estariam ligadas muitas vezes à interesses econômicos de indústrias como a indústria farmacêutica. Ainda que com menor ênfase do que o álcool e as drogas ilícitas, alguns entrevistados dão bastante visibilidade ao uso não prescrito de medicamentos como drogas. Essa compreensão aparece atrelada a um uso mais associado ao entorpecimento do que à terapêutica do medicamento. Tal relação deixaria esse uso específico de medicamento na fronteira entre a legalidade e a ilegalidade, afinal são substâncias lícitas quando prescritas terapêuticamente, mas têm seu uso restrito à indicação médica. A seguir são ilustrados trechos

que trazem opiniões contrárias de B5 e B2 a esse respeito, ilustrando como a temática é controversa para os profissionais do serviço:

B5: “Com relação às drogas.. drogas pra mim são medicamentos né... é que tem as outras também, mas eu tava pensando nos medicamentos, que a gente também chama de drogas, né. Então, com relação aos medicamentos, eu vejo assim que muitas pessoas abusam, muitas, muitas, porque assim é incrível o tanto de clonazepam que a gente entrega errado. A pessoa vem, ela leva 4 tipos de medicamentos para o mês e depois ela vem e fala: “olha o clonazepam você me deu a menos”, então assim você percebe que ela está abusando.

E: E por que você acha que acontece isso com ele?

B5: Porque são medicamentos ansiolíticos, eles dão aquela acalmada na pessoa, ela deixa de ter aquela ansiedade, ela dorme bem, não tem insônia por preocupação, só que é momentâneo se você for comparar com as drogas ilícitas, quimicamente o efeito no organismo é mais ou menos o mesmo, você entendeu? Não tô querendo, não tô falando de receptor de transmissor....” (B5)

No trecho mencionado acima, o participante B5 apresenta um entendimento do uso do medicamento tendo muitas vezes ação similar ao das drogas ilícitas, dando visibilidade também para um sentido atribuído ao uso de drogas ilícitas e medicamentos como forma de lidar com ansiedade ou insônia, sem que isso seja compreendido como tratamento, mas visto como sendo um alívio momentâneo destes sintomas.

E= Aí medicamento, por exemplo, não prescrito, o uso do medicamento como...

B2= Então, eu não vejo isso como nocivo, eu vejo as drogas que hoje são ilícitas como nocivas mesmo e agora uma pessoa que usa Rivotril (Clonazepam) por conta eu não vejo isso como prejuízo, eu acho que faz bem, eu acho que se ajuda a pessoa e ela consegue pegar com o vizinho, porque acontece muito isso, você passa a medicação para um paciente e ele não toma e aí ele tem em casa e aí ele passa para o vizinho, eu acho que são drogas que não fazem mal, porque a pessoa não vai tomar

demais, a não ser que ela use pra cometer o suicídio mas isso é difícil. Aliás, os meus pacientes de ambulatório, eu tenho um monte que me falam: “Eu to dando a Fluoxetina minha para minha vizinha”, “A Sertralina eu dei para não sei quem, para minha tia”, eu não vejo isso como prejuízo, eu não me sinto agredido nesse sentido. (B2)

O participante B2, apresenta sentidos ligados à uma divisão bem demarcada entre o medicamento e as drogas ilícitas. Propõe que há uma demonização da droga ilícita, acompanhado de idealizações a respeito dos medicamentos, construindo com isto compreensões na sociedade de que ainda que não prescritos, os medicamentos só fazem bem. Ainda assim, cita a possibilidade do medicamento ser usado para tentativas de suicídio, entretanto, minimizando sua frequência, tratando como algo raro. Vale a reflexão de que tanto B2 quanto B5 são do grupo biomédico e, portanto, têm profissões muito voltadas à terapêutica medicamentosa, estando em constante contato com isto dentro do CAPS-3. Posturas tão distintas com relação a este assunto suscitam questionamentos a respeito da visibilidade que o assunto tem dentro do serviço. Além disso, como já apontado no capítulo 1, muitos profissionais entendem que o serviço é bastante pautado no cuidado medicamentoso. Estas duas falas podem sugerir práticas contraditórias acontecendo dentro do CAPS-3 quando se trata do uso da medicação de maneira não prescrita. Se por um lado o participante B5 identifica como problemático que exista o uso de alguns medicamentos como o Clonazepam por conta própria, por outro lado, o participante B2 aponta ver com naturalidade que alguém use esse Clonazepam dessa maneira, obtendo através do vizinho, por exemplo, desde que faça bem para a pessoa.

Vale ressaltar também o silêncio em relação ao consumo de tabaco nas entrevistas. Ainda que alguns participantes tenham mencionado o consumo deste, a lembrança dessa substância como droga foi subestimada, haja vista a inserção que ela tem no serviço. Parece haver certa permissividade quanto ao uso do tabaco. Isto pode ser ilustrado na fala de B5, que mesmo fazendo alguns julgamentos morais sobre o uso dessa substância, compreende o consumo desta como um direito do indivíduo. Destaca-se que esta compreensão (consumo como direito) não foi mencionada por nenhum participante em relação ao uso de outras drogas.

“...quando a pessoa fuma, pra mim, como eu falei, é assim: “Nossa essa pessoa fuma, coitada!” tipo “ai, pra que fumar?”. Ela tá lá perdendo dinheiro, mas eu respeito se a pessoa quer fumar, só não vem fumar perto de mim, que eu odeio.”

O participante H4 também traz uma fala compreensiva a respeito da dependência do cigarro, apontando que a retirada deste durante a internação pode aumentar seu sofrimento desnecessariamente. Destaca-se novamente que esta consideração não apareceu na fala dos entrevistados em relação à dependência de outras drogas.

“(fumar) pode ajudar? É complicado, isso pra mim é um interrogação, que se a pessoa já tem esse hábito de fumar e por o cigarro ser uma droga lícita, ela pode fumar em qualquer lugar, então isso aí já tá acompanhando ela pra vida inteira né, não é uma coisa que... sei lá.. Qualquer lugar vende, ela tem a facilidade de conseguir, todo mundo ao redor usa, é muito difícil ela abandonar o cigarro e pode ser um sofrimento a mais de quando ela tá em crise ter que abandonar, quando ela estiver bem, pode ser oferecido um tratamento, mas quando ela estiver bem, quando ela estiver em crise eu acho que nem é hora dela parar de fumar”.

Prosseguindo com as reflexões a respeito dos sentidos sobre o fenômeno das drogas para os profissionais, faz-se relevante ressaltar o quanto “droga” é uma palavra e um assunto que lhes é familiar. O fenômeno da droga se apresenta para eles de diversas formas, como profissionais da saúde, como familiares ou como seres humanos e cidadãos. Ao ser-lhes comunicado o tema da pesquisa muitos reagiam com entusiasmo, reafirmando como esse era algo presente, e deixando um questionamento a respeito de que espaços lhes eram possíveis para falar disso. Ainda que este assunto pareça perpassar o cotidiano destes profissionais, ele aparenta ser tratado no contexto do CAPS-3 de maneira bem reticente, não havendo espaços específicos para abordar esta temática. Esse panorama veio acompanhado por relatos de alguns entrevistados apresentando uma compreensão de que tem havido um aumento do uso de drogas nos últimos anos:

“Eu acho que de 15, 20 anos pra cá isso ficou uma epidemia. Nós estamos vivendo um momento epidêmico, inclusive em todas as instituições, nós estamos vivendo coisas muito sérias em relação à droga. Ela está inserida nas instituições pra valer.(...) Ou seja, isso quer dizer que estão formando médicos drogados, psicólogos drogados, uma coisa seríssima, uma coisa que você nem pensava há 15 anos atrás, não podia ser possível, porque tinha um ou outro doente que era filho de algum médico que aprontava e que já era...” (B3)

A fala citada de B3 acima aponta além da profusão do uso de drogas na sociedade atual, uma percepção de que as drogas tenham inserção em diferentes contextos, não apenas naqueles marginalizados. Aponta ainda que essa expansão da droga atinge as instituições e os profissionais da saúde, por exemplo. Alguns estudos tentam dar visibilidade a esse tipo de uso de droga pelos profissionais da saúde. Merlo, Singhakan, Cummings e Cottler (2013) afirmam que os médicos são mais propensos ao consumo problemático de drogas prescritas, já que têm acesso fácil a estas. Entretanto, estes dados são subnotificados pois muitos não procuram ajuda ou quando o fazem há discrição no tratamento. Martins e Corrêa (2004) também apontam para o fato da equipe de enfermagem estar sempre lidando com substâncias psicoativas, fazendo sua guarda, controle e manuseio e ainda que muitas vezes isto seja encarado como rotina, estes profissionais ficam expostos tanto física quanto psiquicamente a estas. Além disto, para estes autores, a equipe de enfermagem está a todo momento tendo que lidar com a morte e suas possibilidades, a doença e suas vicissitudes, situações que podem favorecer o uso de drogas por tais profissionais. Zeferino et al. (2006) afirmam que os profissionais de saúde, sobretudo da enfermagem, para oferecer cuidado precisam necessariamente buscar realizar seu auto-cuidado. Por outro lado, discutindo a respeito do alto uso de drogas pelos profissionais da enfermagem, aponta como motivadores para o uso diversos fatores de negligência com esse autocuidado, advindas da submissão a jornadas duplas ou extenuantes de trabalho, ambientes estressantes de trabalho, falta de lazer, dentre outros. A questão da dependência química entre médicos e profissionais da saúde é preocupação para autoridades de saúde em vários países do mundo. Tal reflexão do profissional propõe um questionamento a respeito de que profissionais do serviço também poderiam ser usuários de drogas. Por outro lado, na fala da maioria dos participantes o uso de drogas fica colocado como algo exterior ao profissional. Vale a pena retomar aqui de que maneira o momento da entrevista, como produtor de sentidos convida para alguns

posicionamentos. Além do papel de pesquisador e profissional entrevistado, a entrevista se dá entre dois profissionais da saúde, falando sobre o uso de drogas dentro de um serviço de saúde. O discurso da saúde nos profissionais entrevistados aparentemente mantém o uso de droga como exterior ou avesso ao papel de quem cuida da saúde, novamente remetendo ao evento que motivou a elaboração desta pesquisa, do álcool como auxiliando a saúde mental do profissional, mas piorando a do paciente.

E= Então pelo que eu tô entendendo é como se você visse o uso de drogas como uma estratégia de enfrentamento, então por exemplo, de estresse, ansiedade... qualquer droga você acha?

B4= Eu acho que a questão, o estresse eu vejo essa sobrecarga emocional que o pessoal leva e física também, porque tem gente que tem 3 vínculos empregatícios, o pessoal da enfermagem e é uma sobrecarga muito grande, você vê o pessoal que trabalha a noite, então de repente esse monte de sintomas que você está sentindo aí, dor nas costas, dor de cabeça, é tudo decorrente desse fator estresse, ansiedade, essa sobrecarga. Então às vezes toma, tem gente que toma muito né? Dipirona direto, às vezes eu acho que, eu não vou por que é 100% mas muito eu acho que é decorrente disso...

E= E as ilegais, por exemplo?

B4= Ilegais também né. Ilegais também. A pessoa fuma maconha pra relaxar, pra ficar de boa.

Além da percepção de uma aparente difusão maior da droga no momento atual, a droga também é vista como um fenômeno humano há muito conhecido e que apenas altera sua forma e características de acordo com o momento histórico. Tal compreensão aparece descrita de modo explícito na fala de T2:

T2: “..eu considero (a droga) como uma herança cultural, isso aí, a gente que teve a oportunidade de estudar a respeito sabe que isso aí vem de outro século, né, e se buscar informação a gente sabe que parte desde os Astecas, e vindo assim antes de Cristo, sempre teve o uso de alguma substância psicoativa junto à humanidade. Então pra mim, o uso dela é normal, o uso da substância como um todo.

E= E porque você acha que isso sempre aconteceu?

T2= Sempre aconteceu porque o homem teve a condição, pelo raciocínio de julgar que aquela substância poderia ser útil pra ele de alguma maneira, por exemplo, nas tribos eles usavam com qual objetivo? Pra entrar em alucinação, pra entrar em contato com aqueles seres que eles tinham crença que poderiam ser úteis pra vida deles. Então ele descobriu, através daquela substância que existia na natureza, que aquilo lá era útil pra ele e assim foi sendo. O que fez a diferença foi a quantidade do uso e o objetivo de cada um, e foi isso que fez a diferença mas ela sempre foi importante pra humanidade.

E= E você acha que até hoje é assim?

T2= Eu acho que até hoje é assim. Até hoje. Sempre o que diferencia é o objetivo que a pessoa dá para a droga, a droga não é o problema, nenhum tipo, nem a bebida alcoólica, nem as substâncias, nem as medicações, nem pras drogas ilícitas, porque existem tratamentos pra crianças e dependentes que os médicos usam, a cocaína pra tirar a dependência, então tudo vai do objetivo.

Ainda que bastante presente na fala dos participantes como algo familiar em suas vidas, a droga se apresenta sempre associada a sentidos muito negativos. Falar sobre drogas se mostrou muitas vezes associado ao ato de apontar as consequências que seu uso pode trazer, por exemplo, nas relações sociais e profissionais, como aponta H4:

“...foi um prejuízo tremendo pra vida social e profissional dela. (...) aquilo trouxe todos os prejuízos pra vida dela, deixou a vida bem complicada, trouxe prejuízos bem...que vai demorar pra reverter”

Aparentemente, a atribuição desses sentidos negativos é proveniente também de outros âmbitos da vida dos profissionais do que apenas a experiência no serviço. O participante B2 aponta que um dos sentidos atribuídos para o uso de drogas é o de “sem-vergonhice” e que este é construído desde a formação universitária, já que em estágios nos serviços de saúde, observava que profissionais e professores tratavam usuários de drogas com descaso:

B2= “Agora só uma coisa assim, quanto à formação que você me perguntou anteriormente, eu não tive formação em dependência química na minha Universidade, foi mais os transtornos tradicionais, mas dependência química praticamente não foi abordado.

E= Entendi. Mas você acha que porquê? Uma característica mesmo da Faculdade, do curso? Como você vê isso?

B2= Eu vejo assim que pode ser até consequência do preconceito mesmo. Porque praticamente era tratado com descaso. Dá pra entender que os chefes queriam se livrar logo do paciente que era dependente, e tratava mesmo como se fosse uma coisa mesmo uma “sem-vergonhice”, como um ato sem-vergonha e que não merecesse atenção e que os outros pacientes mereciam mais.

E= Como se não fosse uma questão de saúde?

B2= Sim! Foi o que eu percebi na instituição e a gente atendia esses pacientes na área de urgência e quando via que era dependência, era tratado, eu percebia um certo descaso...

E= Até por professores...

B2= Sim! Quem orientava a gente.”

No trecho citado acima de B2, percebe-se como o discurso moral influencia a formação dos profissionais de saúde, ao posicionar os pacientes como pessoas com problemas de caráter. Mesmo em contextos de saúde este é muito utilizado. Faz-se importante possibilitar reflexões a respeito de quais discursos estão perpassando a formação e as práticas profissionais

O participante H2 aponta de que forma experiências familiares anteriores influenciaram na construção de sentidos sobre o uso de drogas. O uso por parte de seus familiares aliado à falta de formação na área, contribuiu para que compreendesse o consumo como um problema de personalidade e de falta de vontade, ou seja, como um problema moral. Tomando por base este sentido sobre drogas, o participante relata ter optado muitas vezes em sua carreira por não trabalhar com esta população. O discurso moral que constrói o sentido de consumo de drogas como um problema de caráter é muito difundido e limita o trabalho dos profissionais, já que estes atuam dentro do campo da saúde e não da moralidade. Pillon e Luis (2004) apontam que existem diversos modelos para compreensão do uso de drogas, dentre eles o modelo moral, que apresenta um entendimento que o uso de drogas seria responsabilidade do usuário, levando-as a se sentirem culpadas por não terem força moral para cessar o uso. Sentidos desse tipo podem ser observados no excerto abaixo:

“...porque por ter pessoas que fazem uso abusivo na minha família eu sempre tive um mal-estar muito grande porque os meus primos e meus tios deram muito trabalho pro meu avô e pras minhas tias e pro meu pai, então, antes de eu entrar na faculdade, enquanto eu estava na faculdade meus tios tinham o uso abusivo de álcool, meus primos de cocaína, então tiveram que ser internados. Então aquela luta constante, aquele corpo-a-corpo, e eu não tinha muito uma formação científica sobre isso, mas uma coisa mais pessoal de que haveria um problema de personalidade talvez, que eles não tinham boa vontade, que eles não queriam se tratar, uma chatice. Então, eu pessoalmente, sempre pus isso como um limite na minha formação, eu nunca quis trabalhar com pessoas que tivessem alguma questão com o uso abusivo” (H2)

Boa parte das consequências do uso de drogas apontadas pelos entrevistados versa sobre um sentido de cronicidade atribuído pelos profissionais que o uso da droga pode proporcionar:

“aí ele deixou de ser alcoólatra, ele conseguiu... não é que ele deixou de ser alcoólatra, mas ele não tá mais nessa vida há meses, uma super vitória”(B1)

Esta cronicidade muitas vezes causa no profissional um sentimento de impotência frente ao usuário de drogas:

“...fica aquele sentimento, aquele sentimento de que você tenta, tenta, tenta... martela, martela e nunca que ele vai socializar, vai deixar, é esse sentimento que dá, embora a gente saiba que não é assim, que não é assim que acontece, que ele possa vir a deixar de usar, ressocializar, voltar a ter a rotina, voltar a ter vida, como é a minoria que acontece, então eu acho que tem essa sensação de impotência por parte do profissional” (H5)

Tal compreensão nos remete a outro sentido que aparece nos elementos trazidos pelos participantes: o do consumo enquanto dependência. Ainda que a dependência do uso de substâncias seja uma idéia costumeiramente associada à questão das drogas, houve por parte de alguns entrevistados uma tendência a tratar o uso de drogas sempre como se fosse dependência. Essa maneira específica de lidar com a questão nos remete a um entendimento de que não haveria um uso de drogas desvinculado da dependência. Essa compreensão compõe um cenário em que a questão das drogas muitas vezes é julgada pelos profissionais de modo negativo *a priori*, replicando discursos massificados pela mídia sobre o papel negativo da droga e de sua ligação íntima com a dependência. Golub e Johnson (2002) afirmam que um grande problema nos estudos sobre drogas é diferenciar o uso, do abuso ou da dependência, reiterando que muitas pessoas que experimentam drogas não partem para o uso regular, ou dependência, ou também não desenvolvem qualquer outro problema de saúde, problemas sociais ou com a lei. Esse olhar que não diferencia o uso do abuso ou da dependência dificulta entendimentos para possíveis consumos não prejudiciais ou não vinculados à dependência, sendo que esses aparecem apenas quando algum profissional conta sobre sua própria experiência de consumo:

“...anestésico cara, a gente fala, nós vivemos na era do anestésico e a droga também. E a gente não pode se colocar fora disso, porque as vezes você sai do serviço e fala: “Nossa, hoje eu preciso tomar uma cerveja!” O que você está falando? Eu preciso tomar uma cerveja porque o dia foi horrível!” (B4)

Com relação à dificuldade de considerar os aspectos positivos das drogas, o participante H1 aponta para uma percepção de que a droga sempre fica no papel de vilã. Segundo ele, atribuir à substância esse papel de responsável pelos problemas de quem a usa dificulta um olhar para o contexto deste usuário, propondo um entendimento de que o mal que a droga faz acaba sendo superestimado e misturado com outros fatores:

“... na verdade o meu pensamento vai muito na direção de que a gente dá para droga um poder maior do que ela realmente tem, de que fica uma ideia assim de que a droga é o grande vilão e a gente esquece que depende do contexto que a gente constrói em

torno da droga, então assim, eu tento não vilanizar a droga, alguma coisa nesse sentido.”

Aparentemente, outro fator associado a esses sentidos negativos do uso da droga seja uma aproximação estabelecida pelos profissionais entre o uso e a violência ou agressividade. Esta associação se dá muitas vezes pelo uso de drogas ser entendido como vinculado a questões relativas ao tráfico de drogas, ao conflito com a lei e com a polícia. A agressividade e a delinquência, por exemplo, aparecem algumas vezes ligados ao efeito do uso da droga como na fala de B2, abaixo:

“... a família já vem aqui dizendo: “olha, tá fazendo isso, tá me batendo, tá agressivo, tá violento” e aí você pergunta se usa droga, e inicialmente eles falam que não, depois falam que sim.” (B2)

O participante H1 apresenta um entendimento do tráfico de drogas e o conflito com a lei como os possíveis causadores da vinculação entre violência e o uso das drogas ilegais, como explicitado no excerto abaixo:

*“... daí entra o tráfico de drogas, entra a questão da violência, porque eu acho que a violência tem muito mais a ver com o tráfico do que com o uso da droga, eu não acho que o uso da droga por si só torna a pessoa mais violenta mas o tráfico de drogas é uma atividade que gera violência, né?” (...)*a partir do momento que a droga é ilegal você entra no campo jurídico, você entra no campo criminal né e daí entram outras questões(...)Então eu acho que quando a droga é ilegal, as coisas se complicam”

Buscando caracterizar a imagem que o usuário de drogas tem para os profissionais do serviço, podemos dizer que os sentidos atribuídos transitam principalmente por duas vertentes: o usuário visto através de uma visão moral ou visto como doente, ou seja, os

discursos mais presentes são o moral e o médico. Pillon e Luis (2004) apresentam diversos modelos ideológicos existentes para explicar o uso de álcool e drogas. Ressaltam, entretanto, que um modelo não explica o complexo fenômeno do uso de drogas e que na prática o profissional se vale de diversos desses modelos permeando sua prática profissional.

Os dados mostram uma compreensão dos entrevistados a respeito do usuário de drogas muitas vezes aparecendo sob um julgamento moral, como pessoa estigmatizada socialmente, por exemplo, como bandido:

“Ele é visto na sociedade como aquele que... é o bandido, entrou na droga porque quis, tá se drogando porque quer, não sei assim...” (H5)

Entretanto, alguns entrevistados destacam que esta percepção tem mudado no decorrer do tempo:

“...30 anos atrás uma pessoa que usava drogas ilícitas significava que ela tinha envolvimento com grupos marginalizados. Então uma moça, uma estudante, de uma família, classe média, razoável, que tivesse valores morais, ela não, ela não queria nem amizade com uma pessoa que usasse drogas ilícitas, porque... dava, ele passava a ideia de uma pessoa fraca, frágil emocionalmente, porque usava droga e uma pessoa não muito... é... uma pessoa não muito séria... não transmitia seriedade como pessoa, ninguém queria namorar, nem dar emprego, porque uma pessoa para usar droga uns 30 anos atrás era tida como uma pessoa fraca...” (H4)

Em consequência disso, parece ser uma compreensão bastante recorrente nos participantes de que os usuários de drogas podem estar inseridos em diferentes contextos atualmente, e não mais apenas restritos a grupos marginalizados:

“Ou seja, isso quer dizer que estão formando médicos drogados, psicólogos drogados, uma coisa seriíssima, uma

coisa que você nem pensava a 15 anos atrás, não podia ser possível, porque tinha um ou outro doente que era filho de algum médico que aprontava e que já era... Hoje não, hoje parece que virou uma coisa que parece que faz parte da sociedade, assim como aquelas, como é que chamam aquelas coisas? Tatuagens? De repente, nós a 20 anos atrás a gente via um tatuado sabia que ele era drogado, hoje todo mundo tem tatuagem, fez um mimetismo, né?” (B3)

Apesar do discurso moral aparecer nas falas influenciando na construção de sentidos sobre o usuário de drogas, este vem dando espaço para o discurso médico, que constrói o usuário como um doente, ainda que estes dois discursos concorram nos sentidos dos profissionais sobre o assunto, como no trecho de B2, abaixo:

“Eu saí de uma formação que via dessa maneira, como se fosse um ato em que a pessoa não tem vergonha, que faz isso porque ela não presta, porque ela tem alteração de caráter, e não, eu acho que o dependente é um doente, um coitado, uma vítima da sociedade e que ele fica sim depois com alteração de caráter, mas para conseguir manter o vício dele.”

A partir desse sentido atribuído ao usuário de drogas como um doente, aparece uma visão do usuário de drogas como um refém do seu uso, estando em uma situação de não responder por seus atos:

“Foi difícil porque inicialmente no meu trabalho eu tinha muita raiva porque eu achava que eram pessoas fracas, mas hoje em dia eu sei que você pode ser forte, se você usou você fica dependente e quem quer ganhar dinheiro às custas disso se aproveita disso. Num momento de brincadeira, fragilidade, a pessoa se aproveita disso e a pessoa fica dependente, é escravo da droga” (B2)

O participante B2 comenta que por estar fora de controle, dependente da droga, o usuário altera seu caráter, comete delitos, como forma de sustentar seu vício. Tal compreensão reitera um sentido já citado, de julgamento moral do usuário de drogas que é visto como criminoso. Apesar de muitas vezes atribuído a uma visão do passado e, portanto, ultrapassado, ele aparece com uma roupagem mais atual, fundamentado em um discurso biomédico, da influência química da droga sobre o usuário, deixando-o não responsável por seus atos.

“Ele é capaz de qualquer coisa, ele é capaz de matar, de roubar, de tão intenso que é o vício. Hoje eu sei disso, eu vejo assim.(...) Ele é capaz de fazer atos que assim, se ele não fosse dependente ele não faria, furtar, matar... (...) Agridem pai, vendem tudo que têm em casa...” (B2)

Esse sentido de usuário como criminoso e como doente incapaz de se responsabilizar por seus atos colocam o usuário muitas vezes nessa interface da saúde com a lei. Com isto, o profissional considera que não consegue trabalhar sozinho, apenas dentro do campo da saúde, mas que é preciso que outros atores, como a polícia, também estejam envolvidos.

B2: “e aí você lida com impotência o tempo todo, porque na verdade a questão ficou só pro médico, mas a gente não tem a saída, a saída teria que ser conjunta, com a polícia, com a justiça junto, e o serviço médico para dar um apoio. Agora a maneira que tá só pro médico, a gente não tem a solução...”

E: “E como você entende que a polícia e a justiça podem ajudar nisso?”

B2: “Ameaçando a pessoa. Porque são coisas a mais que a pessoa vai ter para pensar assim: “ É melhor eu não usar isso!!!” porque o vício é muito difícil, depende muito da pessoa ter a opinião pra parar e se ela tiver coisas ameaçando ela ia facilitar mais.”

E: “Entendi. Como se fosse um outro motivador”

B2: “Um outro motivador para ela e ameaçador”.

Outro sentido atribuído ao usuário é a respeito da complexidade dele em sua individualidade, sendo seu consumo perpassado por diferentes questões, dificultando um entendimento único a respeito deste:

“...eu não sei explicar direito a diferença, porque em um primeiro momento eu vejo, só que ao mesmo tempo se eu for pensar em cada um deles, e eu já tô aqui há 5 anos, eu começo a ver que é muito misturado também.(...) não tem um perfil único.” (B5)

Ainda nesta categoria que discute o modo como o fenômeno da droga é construído pelos profissionais, destacam-se os diversos motivadores para o uso de drogas apontados por eles.

Diversas razões foram elencadas como sendo os aspectos motivadores para o uso de drogas. A multiplicidade de sentidos construídos pelos participantes traz reflexões a respeito de quão complexo é este fenômeno, mergulhado em diferentes discursos sociais. Além disso, razões algumas vezes contraditórias entre si trazidas pelos entrevistados propõem uma reflexão de que pensar o uso de drogas tenha um espaço restrito na vida e nas rotinas de trabalho dos profissionais. Dessa forma, o momento da entrevista surge como um momento criativo de procurar explicações e construir entendimentos a respeito dessa questão. A seguir serão apresentados os sentidos construídos pelos profissionais como sendo as razões nas quais as pessoas fazem o uso de drogas.

Um dos sentidos foi o de consumo de drogas devido à aprendizagem. A aprendizagem trans-geracional aparece como importante fator para que a pessoa inicie e mantenha o uso de determinada droga. Haveria, segundo essa perspectiva, certa tendência aprendida de replicar o uso observado por pais e parentes próximos, perpetuando dessa maneira o uso de determinada droga através das gerações. Destaca-se que este sentido é influenciado pelo discurso psicológico, que remete ao modo como as pessoas aprendem seus comportamentos através da observação e da modelagem. Schulden et al. (2012) referem que dentre os diversos fatores de risco para a ocorrência dos transtornos relacionados ao uso de drogas, o histórico familiar parece ser o fator mais preponderante.

“...da mesma forma tem a questão do seio da família, de como se lidava com os problemas, aquela questão da identificação parental, como é que o indivíduo imitou o genitores em soluções que passam pelo uso de medicamento ou não. É comum você ver filho de usuário crônico de tranquilizante que usa droga porque aprende que não é possível suportar a realidade sem nada.”(B1)

O participante H5 chama a atenção para o fato de que o contato com a droga desde idades precoces poderia influenciar esse uso.

“Às vezes ela (a pessoa) já nasce convivendo com aquilo, aquilo para ela é natural, acho que cada pessoa usa, mas assim, cada uma tem um motivo, eu imagino que algumas é por terem convivido desde criança, outras porque por algum motivo buscou”

Degenhardt et al. (2010) em uma análise quanto à dependência de drogas, encontraram que a variedade de tipos de drogas usadas e a idade de início do uso de drogas influenciou na dependência, além disso, o aparecimento precoce de doenças mentais também foi segundo eles um preditor importante para a dependência do uso de drogas. Outra razão apontada que leva uma pessoa a usar drogas refere-se ao mercado da droga. A compreensão da droga como um produto produz sentidos acerca da disponibilidade na cadeia logística e do preço da droga como razões para a escolha do uso de uma droga em detrimento de outra.

“A droga ela acha fácil ali, por um precinho mais barato, um precinho... quanto custa um, um cachimbo de crack, tá fácil, às vezes no próprio lugar que ela mora, o próprio vizinho que vende. Então é bem mais fácil.” (H4)

Além disso, a droga estaria associada a um modo de produção capitalista, na qual estamos inseridos, sendo entendida como produto que está no mercado para ser consumido.

Segundo Santos e Soares (2013) o comércio de drogas toma a proporção ampla que tem hoje devido a aspectos ligados ao capitalismo. Uma demanda crescente pelo uso de drogas pode ser explicada segundo eles, pela característica capitalista de intenção de sempre aumentar a produção e o consumo da mercadoria. Tais leis de mercado se aplicariam também às drogas devido ao sistema de produção o qual estamos inseridos. Um sentido próximo a isso pode ser observado no excerto abaixo:

“... é como se houvesse uma ansiedade generalizada, uma compulsão, essa cultura de consumismo eu acredito também que influencia muito. Porque se eu vejo alguma coisa que está na mídia, está no top e eu não consigo usar eu vou guardando, armazenando sentimentos de frustração e não pertencimento por consequência porque não está incluído dentro daquilo lá, você está andando de chinelinho e o outro tá com um tênis da Nike, você está querendo comprar um celular e você não pode, não tem recursos financeiros e o outro está com o tablet, o Ipad de ultimo tipo, isso vai trazendo sofrimentos. Eu entendo como sofrimentos, dificuldades de não aceitarem a sua condição e mesmo também por falta de oportunidade. Não vou falar que todos têm oportunidades iguais e só pega... não! Acredito que o próprio sistema financeiro, econômico, essa globalização da economia favoreça essa pessoa a ter acesso à mídia, divulgação, todo mundo sai usando igual, todo mundo do mesmo jeito mas nem todo mundo tem as mesmas oportunidades de ter um emprego porque hoje as relações trabalhistas estão muito precárias, as pessoas... muito vínculo terceirizado, muito trabalho informal, ou seja, você não tem uma estabilidade financeira.” (T5)

O discurso bioquímico também aparece com relevância na construção de sentidos sobre o uso de drogas, possuindo grande inserção na nossa sociedade através da mídia e de pesquisas científicas que se ocupam de pensar tais aspectos. Assim, explicações genéticas são dadas pelos participantes como motivos para o consumo de drogas.

B3: "...então é muito pequena aquela gente que não tem trabalho, que geneticamente ele tem uma predisposição para droga e daquilo ali ele não vai sair. Pouca gente."

E: "Deixa eu ver se eu entendi, essa questão da droga teria um papel muito maior social e econômico do que genético por exemplo, ou biológico."

B3: "Geneticamente é pouca, mais é econômico. Deve ter uns 20, 30%..."

Pode-se incluir nesse tipo de explicações biológicas além das genéticas, explicações ligadas a aspectos neuronais, como colocado por B1:

"...se a gente for olhar, tem indivíduos que têm, hoje em dia se fala muito em neurogenômica, o indivíduo tem uma estrutura neuronal de receptores e etc, que dá mais facilidade para ele sentir prazer ou para ele viciar numa droga ou em outra."

Como apontado na fala de B2, talvez haveria uma ligação química influenciando na dependência, atrelada à ação de proteínas no cérebro:

"...e não é 3 meses, um ano! Que é o tempo que leva para qualquer, a proteína transportadora da droga no cérebro, é o tempo que leva para ela voltar com a formação normal."

A fala de B1 abaixo indica que esse aspecto químico poderia estar ligado com alguns sinais no contexto de vida do usuário e desta maneira atrelando à gatilhos acionados por aspectos sociais específicos já supracitados:

"...o indivíduo acaba tendo starts no ambiente, cenas ou situações que desencadeiam a descarga química e o fulano entra em fissura e até em convulsão. Teve uma menina do CAPS-i que ficou meses internada na clínica super bem, foi para casa, ficou duas semanas super bem, foi para escola, a

hora que ela viu Huguinho, Zezinho e Luizinho depois que tinha tocado a sineta do intervalo, ela fez uma crise convulsiva por abstinência, quer dizer, o ambiente tinha um cenário que desencadeava aquela descarga química para fazer fissura e ela convulsionou.”

Apesar dos aspectos biológicos apontados anteriormente como razões para o uso, é importante ressaltar que ainda que ele não fique restrito apenas ao grupo biomédico, ele é mais disseminado por esse grupo profissional. Os quatro excertos escolhidos para exemplificar os aspectos biológicos apontados são retirados de membros deste grupo. Podemos refletir a esse respeito que ainda que seja um sentido que perpassa a fala de outros profissionais ele aparece mais fortemente e de modo mais explícito para este tipo de profissional, reforçando uma idéia já discutida neste capítulo do quanto à formação profissional influencia nos sentidos atribuídos ao uso de drogas.

Apesar dos aspectos biológicos apontados, os aspectos de ordem social e de motivos individuais apareceram com mais ênfase na percepção dos profissionais. Percebe-se que os discursos social e psicológico são também amplamente utilizados por estes e suportados pela literatura. Golub e Johnson (2002) citam três principais influências sociais para o uso precoce de drogas: a família, o contato com os pares e a escola. O contato muito precoce com o uso de alguma droga dentro do ambiente familiar pode influenciar, ao passo que, com o passar dos anos os pares e a escola tendem a ter um papel mais central na influência para o uso.

Outro sentido que aparece na fala dos participantes como razão para o consumo é o de uso de drogas como facilitador para ser aceito em um grupo. Em um estudo conduzido por Thornton et al. (2012) os pacientes com transtornos psicóticos entrevistados apontaram que fatores sociais influenciaram para que eles fizessem o uso de drogas. Dentre estes fatores, destaca-se a necessidade de fazer parte de um grupo ou manter-se nele. A necessidade de se sentir aceito em grupos específicos fundamentaria o início e, algumas vezes, a manutenção do uso de determinada droga. Este consumo poderia proporcionar acesso e *status* dentro do grupo, como apontado por B4:

“Cada um busca a droga por um motivo, sei lá, droga ilícita por exemplo, tem gente que vai por fuga, outros vão por, estão na faculdade vão por onda, muita gente que: ‘Ahh... tá com a turma, fui por onda’.”

O uso de droga como resposta a um contexto difícil surge como uma resposta plausível na visão dos profissionais. O estudo de Steffenak et al. (2012) mostrou que quanto mais desfavorecidos socialmente os adolescentes eram, tanto mais eles faziam o uso de drogas psicotrópicas (medicamentos). Esse contexto difícil inclui dificuldades financeiras, sociais, contato com a violência e o tráfico, brigas familiares, dificuldades conjugais, dentre outras. Estudo de Brown e Stewart (2008) com mulheres encontrou que uma dose alta de álcool as deixaria anestesiadas, sem ter que lidar com as dificuldades e sofrimento em suas vidas, apontando que o álcool seria usado como método de escapar momentaneamente de seus difíceis contextos (relacionamentos difíceis e dolorosos desde a infância até a vida adulta, acompanhados de muita violência e abusos). O participante H4 apresenta como razões para o uso de drogas o efeito anestesiante destas, transportando para sensações que não deixem o usuário atento à dureza da realidade que às vezes estão inseridos:

“...eu acho que é uma forma de não precisar enfrentar a realidade, porque a realidade para algumas pessoas é muito difícil, o dia-a-dia, tudo que a sociedade... as necessidades que a sociedade cria, os meios de produção, do dia cria necessidades para pessoa, e a pessoa não tem condição de atender aquelas necessidades. Então é um canal, assim para mim, eu vejo que é um canal de substituir...com... fazer uma substituição das não realizações dela, por uma droga. Sabe da parte afetiva, às vezes ela não se realiza de uma parte afetiva, familiar, afetiva pessoal, afetiva com relação a amigos, com o sexo oposto, ou com a pessoa do mesmo sexo...assim do sentido amoroso. Então eu acho que é uma válvula de escape, tem sido.”

Outro sentido apontado como razão para o uso de drogas e extremamente influenciado pelo discurso psicanalítico foi o de consumo devido a determinadas estruturas de personalidade. Os profissionais apontaram que algumas estruturas seriam mais propensas para buscar o consumo de drogas do que outras, como se o uso estivesse associado a características da pessoa, dentre elas, traços de personalidade.

“...então tem traços e a droga entra como parte dessa mentalidade infantil, o histriônico é como se fosse o histérico piorado, mais primitivo e a droga entra como parte dessa necessidade de ser ou parecer feliz a qualquer custo ou uma coisa infantil de não ter responsabilidade”

Foi também destacado o sentido de consumo como consequência de outros transtornos psiquiátricos, algo muito difundido na literatura médica e psicológica, como no estudo de Degenhardt et al. (2010) que refere que um aparecimento precoce de doenças psiquiátricas (menores do que 15 anos) foi um moderador importante do risco de se desenvolver dependência por uso de drogas posteriormente.

“Ele sempre vai ter uma questão psiquiátrica junto. Não existe quem usa droga e não tem uma questão psiquiátrica. Isso não existe! Não existe, né?” (B3)

Se não associado diretamente às características da patologia psiquiátrica, o uso de drogas é apontado como uma tentativa do usuário de lidar com sintomas advindos de transtornos psiquiátricos, como na fala de H4:

“...tudo poderia ter terminado ali, na depressão, ter tratado a depressão, mas ela no momento que ela procurou uma válvula de escape que estava ali próxima, pra suavizar a angustia dela, que foi a droga”

A rotina de trabalho enquanto fator de risco, ou então a relação estabelecida com o trabalho foi outro sentido trazido pelos profissionais a respeito dos motivos que levam uma pessoa a usar drogas. Este sentido aparece com menos frequência, mas com relevante importância no papel de fomentar o uso de drogas, sobretudo por profissionais com jornadas de trabalho muito exigentes, incluindo profissionais da saúde que usam drogas de diversos tipos como forma de suportar jornadas estafantes de trabalho.

B4: “a gente que trabalha em hospital, não só aqui na psiquiatria que a carga, a sobrecarga emocional aqui é muito forte mastô pensando na oncologia não era muito diferente, quando eu trabalhava com paciente HIV logo no início era uma sobrecarga emocional enorme também, o paciente recebia como sentença de morte. Mas nunca vi com bons olhos não, mas já usei sim, já teve vezes de usar Clonazepan pra tentar dormir porque eu não conseguia.(...)Então o consumo é muito grande, eu já vi muito colegas meus, sei de muitos colegas meus que usam remédio pra caramba, pra conseguir dormir e tô pensando aqui também na bebida, porque eu tô lembrando de uma colega minha, que ela trabalha no Hospital, fazia vinte e tantos anos que ela trabalhava a noite e ela falava pra mim: “B4, todo dia eu saio daqui, eu saio daqui, pode ser segunda, de semana, ela tinha que tomar 3 ou 4 cervejas pra dormir”, tomava, todo dia. Se bem que ela falava que tomava as 4 cervejas e dormia bem, não causava problema na época, então tem muito uso mas eu não vejo com bons olhos não, eu procuro outras alternativas hoje.(...)”

Outro sentido importante construído nas entrevistas de forma menos explícita, com apenas alguns profissionais falando claramente sobre, foi o da droga como algo que proporciona sensações prazerosas no usuário. Em estudo qualitativo de Thornton et al. (2012) com pacientes com transtornos psicóticos, estes apontaram que o uso de álcool e *cannabis* estaria muito associado ao prazer que essas drogas proporcionam, além disso, o uso da *cannabis* aparecia muito descrito por eles como relacionado ao desejo de buscar ampliar a liberdade da mente e sua criatividade. Bianconi et al. (2016) encontraram em seu estudo com pacientes com primeiro episódio psicótico e uso de maconha, que além de aspectos desagradáveis o uso da maconha também foi mais associado com experiências prazerosas como felicidade e fluência do pensamento quando comparado ao grupo controle que também fazia uso de maconha sem episódios de psicose. Aponta que esse prazer advindo do uso poderia facilitar o prosseguimento do uso da maconha, além disso, discute a possibilidade dos pacientes com primeiro episódio psicótico serem (talvez até anteriormente ao surto) mais sensíveis aos efeitos agradáveis e desagradáveis do uso da maconha. Entretanto, este sentido aparecia velado nas falas dos entrevistados, talvez pelo fato destes estarem altamente influenciados pelos discursos médico e moral, que não possibilitam construções positivas a

respeito do consumo de drogas. Aparentemente foi mais tranquilo para os entrevistados apontar consequências negativas do consumo de drogas do que atribuir quaisquer aspectos prazerosos para esta experiência.

“... não tô falando do mecanismo de ação, tô falando da sensação que ela produz, porque, por exemplo, uma cocaína, a pessoa usa cocaína e ela fica out por alguns segundos, alguns minutos. Então ela consegue esquecer dos problemas e tal, maconha é a mesma coisa, as drogas fazem isso né, e aí dão aquela, a pessoa dá aquela viajada, a pessoa começa a se sentir muito bem... “ah, eu sou o bom” e tal. As drogas ilícitas fazem isso muito mais rápido e causam dependência muito mais rápido do que as lícitas, se a gente for pensar nos medicamentos, mas medicamento não deixa de dar essa sensação de bem estar na pessoa, entendeu?” (B5)

Concluindo este capítulo a respeito do fenômeno da droga, é preciso apontar um sentido que aparece com grande ênfase na fala dos participantes: uma compreensão de que o uso de drogas geralmente está associado ao sofrimento emocional e a questões emocionais. Aparentemente o uso da droga surgiria como uma busca pessoal de encontrar alternativas para lidar com esse sofrimento. Uma pequena reflexão possibilita perceber como esse é um sentido que aparece com frequência no senso comum. Em diversas obras de arte como livros e filmes observa-se, por exemplo, o uso de álcool atrelado a uma desilusão amorosa, perda de emprego, ou quaisquer outras situações de sofrimento emocional. O tabaco e os medicamentos aparecem também nessas situações muito vinculados a uma forma de relaxar frente à uma situação estressante. Para os participantes da pesquisa essa relação talvez se estabeleça com todos os tipos de drogas, sobretudo as ilícitas. A literatura científica na área também tem auxiliado a construir sentidos sobre essa questão da relação entre o sofrimento e o uso de drogas. Liang et al. (2011) apontam que o uso de drogas pode estar relacionado com uma estratégia de enfrentamento dos sintomas dos transtornos mentais, além de ser um reflexo de questões sociais envolvidas com o consumo de drogas, como os comportamentos de adequação ao grupo que se convive. Na fala de T6, o uso da droga aparece muitas vezes associado a uma forma de não ter que lidar com o sofrimento psíquico:

T6: "Como que eu vejo? Ah, eu vejo como uma pessoa, na realidade ele é uma pessoa doente né, é uma pessoa que tem um sofrimento muito grande, e que recorre à droga, pra sair desse sofrimento. Agora tem "n" motivos também né, pra um sofrimento. Tem vários tipos de sofrimento que levam uma pessoa a consumir a droga, como eu disse, tem vários tipos de pessoas, tem uns que vão por brincadeira, outros que vão pra experimentar.

E: E você falou de sofrimento, como assim, que tipo de sofrimento, você acha?

S: Eu acredito em vários tipos de sofrimento, se eu falar por mim... porque eu não sei o sofrimento das pessoas, mas eu posso te falar que eu sofri quando eu era criança. (...) tinha pessoas que eu sentia que não gostavam de mim, que não me queriam ali, então eu acho que eu sofri muito(...) Então eu acho que tem vários tipos de sofrimento, tem o sofrimento da miséria, eu não tive miséria na minha vida não, mas tem gente que vive na miséria, que os pais são muito pobrezinhos.

E: Mas você acha que isso tem alguma influência no uso?

S: Acredito que sim, em algumas pessoas, não em todas.

E: Como, você acha?

S: Ah, uma fuga. Uma fuga da miséria, uma fuga do sofrimento. As pessoas que moram numa favela, tem até pessoas que são felizes, não são todas as pessoas que são iguais."

O participante B5 aponta como complemento à fala de T6 também para o uso da droga como forma de suprir uma necessidade emocional, colocando a droga como um recurso que a pessoa em sofrimento tem à mão:

"...um recurso que a pessoa tenha, um recurso que a pessoa busca pra suprir uma necessidade, (...) não sei assim, um recurso."

Para o participante B1, entretanto, o uso de drogas influenciaria na condição de enfrentamento de cada um em lidar com o próprio sofrimento. Em sua fala aparece um sentido de que a busca pelo uso da droga pode se dar como resposta ao sofrimento, entretanto,

o uso continuado de drogas pesadas poderia ser causador de ainda mais sofrimento para o usuário e a família, retro-alimentando esse processo:

“Vejo como uma pessoa tentando ser feliz como todas as outras, alguns muito sofridos né, você vê usuário crônico de droga pesada desdentado, (...) você vê o cara sofrido, empobrecido, a família sofreu as consequências, é complicado. Eu vejo o usuário como gente que sofre como todo mundo. (B1)

A literatura médica e psicológica dá ampla sustentação para o sentido de consumo como estratégia de enfrentamento de problemas. Haskin (2011) aponta que o uso do álcool pode ser uma estratégia de enfrentamento de sentimentos ruins ou do estresse para algumas pessoas. Além disso, afirma que ainda que o álcool surta efeito a curto-prazo ele é visto como uma resposta mal adaptada pela literatura científica, sobretudo quando ele é o principal método de enfrentamento utilizado. Esse modelo do uso de álcool como estratégia de enfrentamento geralmente implica que as pessoas que utilizam tais estratégias o farão por não encontrarem outras mais bem adaptadas e também implica que estas pessoas terão mais chances de ter comportamentos de risco associados ao uso de álcool. Segundo o autor, nos sujeitos que não mostravam outras estratégias de enfrentamento, o uso do álcool surgiria como uma forma de aumentar a autoconfiança e reduzir a ansiedade e o estresse. Benotsch et al. (2013) também relacionam que o uso não prescrito de medicamentos psicotrópicos estaria intimamente ligado com o sofrimento mental. Steffenak et al. (2012) apontam para uma correlação significativa entre o sofrimento mental e o uso não prescrito de medicamentos psicotrópicos em jovens, considerando para tal apenas jovens que não fazem uso regular de medicamentos psicotrópicos. Para esses autores o sofrimento mental está associado a fatores sociais, como uma economia familiar debilitada, relacionando conceitos de saúde (sofrimento mental) como sendo reflexos de experiências sociais vividas. Thornton et al. (2012) em estudo realizado com pacientes com transtornos psicóticos, destacaram que o uso de drogas apareceu como forma de lidar com dificuldades. Não apenas as substâncias, mas também o ritual que envolve o uso do álcool, tabaco e *canabis* foi apontado como uma estratégia de alívio do estresse. Neste estudo, o álcool e o tabaco foram apontados como medidas usadas pelos usuários para obter um escape da realidade em que se encontravam, possibilitando lidar com o tédio de suas vidas ou com os sintomas advindos de seus quadros clínicos. Além disso, o uso

de álcool, tabaco e *canabis* foi apontado como uma estratégia de auto-medicação, sendo o tabaco relatado por alguns destes pacientes como melhor método anti-depressivo do que a medicação prescrita, pois agiria de maneira mais rápida. A *canabis* foi descrita por um deles como uma maneira de lidar com episódios de mania. Brown e Stewart (2008) apontam que aparentemente existe uma diferença de gênero relacionado a depressão e o uso de álcool. Para os autores, nos homens a depressão aparece após o consumo de álcool, e nas mulheres a depressão aparece precedendo-o, hipotetizando assim que o uso de álcool para as mulheres é uma estratégia de lidar com os sintomas depressivos, tendo um caráter de possível estratégia de automedicação frente ao sofrimento enfrentado por elas. Todas as mulheres entrevistadas no estudo citado apontaram o uso de álcool como tendo uma função de automedicação frente aos sintomas depressivos, além de um sentido de prazer proporcionado por esta substância. Dessa maneira, o álcool aparece para elas com o significado de auto-cuidado, na medida em que ele é utilizado para evitar sentimentos danosos os quais elas não se sentem preparadas para lidar além de proporcionar certo alívio e algumas boas experiências. Por outro lado, se oferecem um alívio a curto prazo, o uso de álcool aparece como significado como causador de alguns prejuízos a longo prazo. Frente a um contexto difícil que leva a sintomas depressivos e consequentemente ao uso de álcool como automedicação, o alívio a curto prazo pode, segundo os autores, virar um círculo vicioso, proporcionando problemas a longo prazo, agravando o contexto o que acaba por impulsionar todo o ciclo.

Se para alguns participantes o momento da entrevista apareceu como possibilidade de construir sentidos sobre aspectos da temática que não encontravam espaço até o momento dentro do serviço, para outros o encontro serviu como uma possibilidade única de olhar para a rotina do serviço com o enfoque específico apresentado pela pesquisa. O participante T1 foi o primeiro entrevistado da pesquisa. Como nem todos os participantes encontravam-se na reunião de equipe em que o projeto foi apresentado e as dúvidas a respeito respondidas, o momento do convite para a entrevista foi feito de forma única para cada um. Houve uma aproximação através do vínculo já construído desde antes do posicionamento como pesquisador no serviço, era feita a apresentação do trabalho de forma individual e sanadas as dúvidas. Cada convite teve sua história e algumas valem a menção para a compreensão do processo apresentado aqui. O participante T1 é um destes casos. Ao ser interpelado sobre a possibilidade de participar da entrevista, demonstra-se solícito, porém se encontra receoso a respeito de participar de uma entrevista de pesquisa da universidade. Afirma ter dúvida sobre se teria capacidade de contribuir com algo. Conversamos sobre o momento da pesquisa ser um momento de pensar a respeito do tema e que não teria caráter de avaliação, que a

importância era ouvi-lo na maneira como ele pensa, independente de como pensasse. A entrevista pode produzir sentidos a respeito do tema mas, para além disso, pode dar voz a um profissional que se sentia incapaz de opinar a respeito de temas relevantes ao serviço no qual estava inserido. Como forma de ilustrar isto, apresento o trecho abaixo do encerramento da entrevista com T1:

“E= Bom, eu queria te agradecer, eu acho que foi bastante rico o que você pode trazer, ontem quando eu te convidei você tava um pouco receoso né?”

T1= Não... é... porque eu não sabia se eu ia poder contribuir com alguma coisa...

E= Mas eu achei que foi bastante produtivo, você falou umas coisas bastante interessantes, eu queria agradecer pela disponibilidade...

T1= Que isso... Brigado Du...”

O trecho da conversa com o participante H5 ilustra de que maneira o tema apresentado tem algumas características que vão sendo pensadas e construídas nas interações proporcionadas pelo encontro:

E= Não tem muito certo e errado, eu quero mais é entender qual é a sua visão a respeito. E assim, existem diferentes tipos de drogas, eu queria que você falasse um pouco como você vê o consumo de cada uma delas, dos diferentes tipos de drogas...

H5= Diferentes tipos de drogas, então vamos entender, de repente: álcool, é isso?

E= Pode ser, do jeito que você achar melhor, que você lembrar...

H5= Como é que eu vejo o consumo?

E= É. De cada uma delas. A diferença do consumo...

H5= É que eu não tô entendendo a pergunta... de que forma elas consomem?

E= Por exemplo, você disse assim que tem vários motivos do porque a pessoa consome drogas, faz uso de drogas, eu gostaria que você dissesse: “Ah... com tal droga eu penso que consome por isso. “se tem algo desse sentido assim...”

H5= Sinceramente eu nunca...

E= Ou você acha que as drogas são todas iguais...

H5= Não! Iguais não! Até mesmo porque tem drogas que são caras então pra pessoa buscar aquela droga, ecstasy por exemplo, você sabe que é uma classe diferente daquela que fuma maconha, maconha hoje em dia eu acho que todo mundo tem acesso, mas tem drogas que são mais ou menos acessíveis assim, agora o que motiva a uma droga ou a outra eu não sei, de repente acessibilidade, uma é mais acessível pra determinada população...

E= Economicamente?

H5= Economicamente, em termos regionais, pensando assim onde mora, nunca parei pra pensar nisso (riso nervoso)

E= Tudo bem...

H5= Eu to pensando aqui, enquanto eu to falando eu to pensando...

(...)

H5= É um assunto que eu não costumo pensar muito na verdade (diz sussurrando, quase como que se tivesse me confidenciando um segredo).

No final da entrevista com H5, retomamos essa percepção de como os sentidos foram sendo alterados com o passar do próprio processo da entrevista:

“E= Bom, eu gostaria de agradecer você pela oportunidade de...

H5= Espero ter contribuído de alguma forma, tudo isso pra mim é algo muito distante pensando no uso de álcool e drogas eu não entendo muito.

E= E eu penso que um ponto da entrevista é provocar questionamentos. Fazer a gente pensar sobre as questões, acho que não tem resposta pronta, proporcionando questionamentos

H5= Isso é legal, e foi o que aconteceu, gostei, Obrigado!”

Abrir-se para ouvir os profissionais e falar sobre o tema do uso de drogas é também os ouvir como pessoas que muitas vezes tiveram suas vidas perpassadas pelo tema. Ainda que o tipo de encontro realizado convide para uma conversa entre profissionais de saúde, as

entrevistas mostraram-se também como um momento humano de duas pessoas com suas histórias e sentidos a respeito do uso de drogas, algumas vezes muito antes ou com muito mais intensidade do que em seus papéis profissionais. Entretanto, observar que falar sobre o uso de drogas pode remeter ao que fora vivido em âmbito pessoal e que isso tem reflexo nas práticas adotadas por estes profissionais para lidar com essa questão no serviço, possibilita-nos pensar que apenas um treinamento profissional para lidar com a questão do uso de drogas pode não ser suficiente, mas ademais, seria talvez necessário um olhar para esses dilemas pessoais que os profissionais vivem em suas vidas particulares a fim de ajudá-los a repensar suas práticas dentro do serviço com quem faz uso de alguma droga. Exemplo deste assunto é a entrevista de T5, que durante toda a conversa trazia sentidos que pareciam muitas vezes advindos de suas histórias pessoais com mais intensidade do que com relação ao serviço. No final da entrevista ao ser perguntado se tinha alguma história que gostaria de contar que ajudaria a compreender melhor a questão, me conta da história pessoal com sua filha, que fora criada afastada dele e envolveu-se com drogas. Conta-me seu percurso com ela desde o começo do uso até a sua recuperação e ressalta a maneira como essa história pessoal o influencia a entender de outra forma a questão, como pode ser visto no exemplo abaixo retirado dos momentos finais da entrevista de T5:

“Eu jamais contaria isso, mas eu vou te falar porque você vai falar: “Ahhh...agora eu sei porque você gosta da psiquiatria! Descobri porque você teve essa empatia com ela logo lá no núcleo de saúde da família”.

(...)

Mas eu tô contando isso pra você porque você falou sobre alguma coisa que você não me contou, porque essa é uma experiência minha, pessoal, e uma conclusão minha pessoal que eu cheguei e talvez possa contribuir de alguma forma na tua pesquisa.”

Após o relato dessa história de vida, encerramos a entrevista com T5 bastante emocionados de poder dar voz a essa história e sentir que contando-a poderia contribuir com outras pessoas. Ao desligar o gravador ele me pediu um abraço e diz que confiou muito em mim para poder me contar esta história.

Capítulo 3 - O uso de drogas durante o tratamento psiquiátrico

Após uma análise detalhada do contexto em que os profissionais se inserem e dos sentidos atribuídos por eles ao fenômeno multifacetado da droga, aprofundando-se ainda mais, o presente capítulo intenta apresentar os sentidos construídos com eles a respeito da maneira como o uso de drogas se apresenta para as pessoas em sofrimento mental. Para isso, será dada ênfase na experiência dos profissionais com os pacientes do serviço de tratamento para transtornos mentais em que eles estão inseridos.

Haja vista a já relatada percepção dos profissionais de que existe o consumo de drogas pelos pacientes em tratamento dentro do serviço e os inúmeros desdobramentos que usar drogas pode representar para quem a usa, existe uma compreensão bastante forte na fala dos profissionais a respeito da importância de que dentro de um serviço como o CAPS-3, que intenta proporcionar um cuidado em saúde mental, identificar o uso de drogas e quais suas características torna-se uma necessidade premente.

“Porque os pacientes aqui estão sempre juntos, então é interessante, quando um vai fumar todos vão fumar, quando um comenta de alguma coisa todos os outros comentam, então, identificar isso é importante justamente porque às vezes pode se tornar um incentivo esse paciente estar fazendo uso e outro paciente querer se aliviar também fazendo uso.” (H3)

Apesar da importância atribuída pelos profissionais para a identificação do uso de drogas nos pacientes do serviço, a análise do *corpus* indicou que aparentemente não existe um protocolo único para auxiliar nesta identificação. Vários profissionais fizeram menção à importância desta avaliação, seja para proporcionar um cuidado mais adequado dentro do serviço a essas pessoas, seja para pensar o encaminhamento de tais pacientes para tratamento em outros serviços da rede. O meio mais apontado como utilizado no serviço para a identificação do uso de drogas foi o relato do próprio paciente que é usuário do serviço. Entretanto, esse tipo de relato parece não ser tão facilmente obtido. O participante B2 aponta que às vezes o paciente não relata o uso de drogas no primeiro momento:

“Eu pergunto ativamente, qual é a frequência, qual droga que usa, e mesmo que eles mentem inicialmente, no final eles acabam contando.”

Embora o inquérito ao próprio paciente tenha aparecido como a principal estratégia dos profissionais para identificar o uso de drogas, esse não se mostrou um processo tão simples de ser executado, podendo-se ver outras dificuldades no processo de avaliar o consumo. Apesar disso, Nehlin, Fredriksson et al. (2012) afirmam que fazer uma pergunta sobre o uso de álcool, por exemplo, já é mais importante do que não abordar o assunto de maneira nenhuma. Corradi-Webster et al. (2009) apontam para o fato de que diversos casos de usuários problemáticos de álcool não são identificados pelos serviços de saúde mental. Existem dados que apontam para uma subnotificação desses casos em até 50% (Corradi-Webster et al., 2009). Um dos desafios em reconhecer o usuário problemático de álcool seria que alguns profissionais teriam dificuldade em fazer perguntas relacionadas ao uso do álcool. Dentre tais podemos ressaltar a situação em que o paciente chega ao serviço em um estado de crise, inviabilizando a lembrança de perguntar sobre o uso. Mordal et al. (2011) afirmam também que identificar o uso de drogas em pacientes psiquiátricos em seu estado agudo pode ser difícil devido aos efeitos do uso de drogas que se confundem com os sintomas de transtornos psiquiátricos. Comumente, a avaliação do uso de drogas é feita por meio de entrevista clínica, relato dos pacientes ou exame toxicológico. Também há situações em que o paciente não quer ser identificado como alguém que usa drogas. Na fala de B5 exemplifica-se a dificuldade de profissionais e pacientes de conversarem sobre o tema:

Entrevistador: mas você chega a perguntar?

B5: “às vezes sim, mas não diretamente, porque isso ofende, então eu tento ir “e aí, tem alguma coisa diferente...” a própria pessoa já fala “não, não eu não uso droga, já não uso mais droga”. Às vezes eu falo: “ah.. tá tudo bem?”, “aconteceu alguma coisa diferente?”, “não fez nada diferente”, eles falam “não, não.. não tô usando mais drogas”.”

Como o relato do próprio paciente do CAPS-3 a respeito de seu uso de drogas aparece com extrema relevância para que se faça a identificação do consumo no serviço (para alguns

entrevistados inclusive esse seria o único jeito fidedigno de identificar o uso da droga) e há alguns empecilhos para que esse relato ocorra, outro fator aparece na fala dos profissionais como sendo fundamental: o vínculo entre o paciente e o profissional. Ness, Borg, Semb e Karlsson (2014) apontam que uma relação dialógica entre profissionais e pacientes é fundamental para práticas mais efetivas e colaborativas. Esse vínculo seria possibilitado por alguns fatores, dependeria de estabelecer relação de confiança para oferecer essa informação que, como já citado anteriormente, pode ser fonte de vergonha para o paciente. Assim, demandaria certo tempo e também um esforço do profissional em construir uma atmosfera favorável para um relato desse tipo. O participante B2 chama a atenção para a necessidade do vínculo nesta situação:

B2: “Eu creio que sim. Ele acaba tendo confiança se você faz uma boa relação, assim inicial de vínculo, você consegue.”

Entrevistador: “Então aí você tá trazendo uma outra questão que é o vínculo, a importância do vínculo...”

B2: “Para ele se abrir, falar como ele está usando, quantas vezes, inclusive com a família, você tem que mostrar que você não está contra eles, que você quer ajudar.”

Entrevistador: “Você acha que é complicado para pessoa contar isso?”

B2: “Muito. Elas ficam muito constrangidas...”

A fala de B2 acima, aponta que a importância do vínculo para que o uso de drogas seja relatado pode ser proveniente de uma necessidade do paciente de confiar que comunicar o uso não vai ser acompanhado de julgamentos morais mas tentar assegurar-se que falar sobre o uso de drogas para outra pessoa seja uma possibilidade de ser cuidado. Um receio fundamentado, pois no Capítulo 2 deste trabalho foram apresentadas construções sobre o que significaria para os profissionais o uso de drogas, trazendo muitas vezes sentidos morais em seus entendimentos a este respeito. Corradi-Webster (2013) ressalta como uma política de encaminhamentos para serviços especializados por vezes favorece que o paciente não relate o uso de alguma substância durante o tratamento psiquiátrico pelo medo de que ao fazer este comunicado ele possa ser desligado deste serviço em que está vinculado para ser encaminhado para um serviço especializado em uso de drogas.

É importante observar que diferentes rotinas profissionais dentro do serviço possibilitam diferentes possibilidades de contato com os pacientes, e diferentes características do que está sendo tratado aqui como vínculos de confiança paciente-profissional. De modo geral, os profissionais do grupo biomédico têm contato com o paciente de forma mais pontual (à exceção do enfermeiro), tendo contato com eles em momentos de consulta médica ou retirada de medicamentos. O contato em consulta aparentemente convida para momentos de maior confidencialidade, por estarem circunscritos a salas fechadas e horários programados (de maneira similar à psicoterapia realizada pelos psicólogos – tanto em grupo quanto individualmente), além de uma postura de curiosidade do profissional a respeito do paciente. Uma revisão da literatura feita por Howard e Holmshaw (2010) apontou vários trabalhos que encontraram diferenças nas atitudes e visões de diferentes classes profissionais sobre o cuidado a pessoas que faziam uso de drogas concomitantemente a problemas de saúde mental. Schulden et al. (2012) ressaltam que é especialmente importante que os clínicos possam reconhecer a ocorrência concomitante do uso de drogas e dos transtornos psiquiátricos para possibilitar um tratamento mais adequado e de maneira mais coordenada com a situação. Por outro lado, esses momentos entre os pacientes e os médicos têm duração por vezes muito restritas, não permitindo o estabelecimento de um vínculo tão consistente entre profissional e paciente. Corradi-Webster et al. (2009) apontam que a dificuldade na detecção do uso de álcool em pacientes psiquiátricos poderia estar relacionada ao pouco tempo que os profissionais dispõem para a realização de uma avaliação deste tipo. Sugerem que uma ênfase maior seja dada às intervenções precoces de problemas relacionados ao álcool, enfrentando estigmas, pensando as atitudes e deficiências do conhecimento profissional na área da psiquiatria. Um contato com o paciente em intensidade um pouco menos pontual é o estabelecido entre os profissionais do grupo humanas e o enfermeiro. Esse contato geralmente envolve ações pontuais como encontros terapêuticos ou de aconselhamento de formato similar ao descrito na atuação dos profissionais do grupo biomédico, entretanto, soma-se a isso um contato com os pacientes em regime de semi-internação e acolhimento 24 horas, estando com eles no ambiente do serviço durante um expediente que varia de 04 a 08 horas, encontrando com eles no cotidiano das atividades do CAPS-3, sendo interpelado por eles, observando-os além dos horários programados para atividades específicas, constituindo com eles um vínculo de outra ordem, participando de suas rotinas dentro do serviço, fazendo um acompanhamento ainda que muitas vezes tácito, ou perguntando como está se sentindo naquele dia ao encontrar com ele nos corredores do serviço. Desta forma, a organização do trabalho destes profissionais permite que estes façam mais parte da história dos pacientes durante seu período

dentro do CAPS-3 do que os profissionais nos quais os encontros se restringem às consultas pontuais. Por último, o grupo técnico fica um período maior com os pacientes, estando com eles inclusive em plantões aos finais de semana ou durante a tarde e a noite. Tamanho contato pode possibilitar um vínculo bastante consistente entre profissional e paciente, um tempo prolongado para investir em uma relação de cuidado e confiança, de maneira a obter informações importantes para a construção do projeto terapêutico do paciente.

O participante H4 aponta que médicos e auxiliares de enfermagem estariam mais aptos a perceber e identificar esse uso de droga dentro do serviço. Apesar de médicos e psicólogos terem encontros com o paciente de características similares (como descrito acima), na fala dos profissionais apenas os primeiros surgem como possíveis profissionais aptos para fazer a identificação do uso de drogas nos pacientes. Uma reflexão a este respeito sugere que a atuação do médico poderia estar mais voltada para a avaliação do estado do paciente e da busca de sinais e sintomas do que o contato do paciente com o psicólogo:

“...os auxiliares é que percebem mais, porque convivem mais com aquela pessoa, a convivência é bem mais intensa..(...) é mas que, a pessoa as vezes chega muito mal às vezes. E agente pode suspeitar ou não, mas independente ela vai passar pela avaliação do médico e o médico identifica rapidamente.” (H4)

Hamilton (2010) aponta em seus achados que toda a enfermagem tem papel fundamental na detecção do uso de substâncias em pacientes diagnosticados com transtornos mentais, seja no cuidado agudo desses pacientes ou na atenção primária. Devem estar atentos a sinais do uso de substâncias em serviços de saúde mental e a sinais de transtornos mentais em serviços voltados ao tratamento de uso de substâncias. Vieira et al. (2013) ressaltam que não é necessariamente por estarem realizando o cuidado mais próximo aos pacientes que os auxiliares de enfermagem são os profissionais que mais promovem saúde mental, estando eles também muitas vezes engessados em suas práticas. Apesar disso, apontam que a proximidade física desta classe profissional favorece muitas vezes um aprofundamento do vínculo com os pacientes, impactando positivamente no tratamento. Na mesma direção que a fala de H4 de que alguns profissionais têm mais condições de identificar quem faz o consumo do que outros, o participante H5 aponta que a questão do uso de drogas pelos pacientes é levada na

reunião de equipe, e relata que essa temática não é muito importante para sua atuação, como ilustrado no excerto abaixo:

“...mas isso é transmitido na passagem dos casos, por meio da discussão dos casos, da reunião de equipe: “Olha, entrou o Fulano e o Fulano faz uso de substâncias”, “ou não tá fazendo mais”, acho que isso é mais numa forma de comunicação da equipe do que da avaliação em si, porque quando eu vou inserir o paciente em alguma atividade não é esse meu foco, meu foco é como ele tá ali naquele momento, como ele vai se relacionar com os outros pacientes que estão aqui há mais tempo, de que forma que eu vou... entende?”

Outra possibilidade que apareceu em diversas entrevistas com relação à maneira de identificar o uso de drogas em pacientes do serviço foi a observação de sinais característicos do uso de drogas. Diferentes tipos de drogas deixariam marcas físicas e comportamentais únicas caracterizando seu uso:

“A maioria fala, e os que não falam têm os traços habituais, a magreza pro usuário de crack é comum demais né, a perda de peso, a família relata que é um dos indicadores comuns, os hábitos de sumir coisas em casa, de começar faltar ao trabalho, de fazer mau uso da medicação ou ter muito surto um atrás do outro, indicam que o indivíduo tá provavelmente usando. Então acho que é isso, a questão do peso corporal, a questão da má aderência, da má evolução, ou mesmo de um indivíduo que vem com um exame de estado mental alterado, você vê que o indivíduo ou não evolui ou não está bem mesmo teoricamente estando bem medicado com o uso de já algum tempo você acaba percebendo que o mental fica alterado, com o álcoolatra é até mais fácil. Não é fácil descobrir isso só com o exame de estado mental, mas coisas crônicas como desempenho no trabalho prejudicado, as relações sociais, as questões financeiras, isso são pistas né?” (B1)

Entretanto, ainda que alguns sinais característicos possam indicar o uso de alguma substância, os profissionais vêem essa estratégia como frágil, confiando mais no relato do paciente. Latt et al. (2011) aponta neste sentido que em alguns casos o uso de drogas é de difícil detecção, por exemplo, no caso do uso de álcool por pacientes psicóticos, e que este uso de drogas muitas vezes acaba passando despercebido. Silva et al. (2009) apontam que a rede assistencial dividida entre serviços de saúde mental e de uso de drogas poderia dificultar a detecção do consumo por pacientes psiquiátricos. Agabio, Marras, Gessa e Carpinello (2007) estudando o uso de risco de álcool em pacientes com transtornos de humor perceberam que a maioria dos pacientes que apresentavam uso de risco ou transtorno relacionado ao uso de álcool não tinham nenhum registro a esse respeito em seus prontuários. Os autores sugerem que esse tipo de uso ou transtorno é frequentemente não reconhecido pelos profissionais, ficando, portanto, sem tratamento.

O participante T2 aponta alguns problemas que podem acontecer da detecção feita através de sinais tidos como característicos do uso de drogas, chamando a atenção para falsos alarmes:

“É sempre baseado no relato assim, porque evidência física a gente não tem uma segurança de julgar não. Pode ser qualquer outra coisa, ainda mais a gente a nível de auxiliar, a gente não tem condições técnicas de julgar ninguém.(...). Se eu olho a pessoa com olho vermelho, prostrada que é aquele cansaço ou às vezes assim incomodada, inquieta, ela pode ter tido uma má noite de sono e não necessariamente ter usado a droga. Então eu procuro aperfeiçoar esse olhar não julgando que tenha acontecido aquilo, eu prefiro seguir o relato mesmo.”(T2)

O relato de outras pessoas também parece fazer parte do procedimento para identificação do uso de drogas nos pacientes do serviço. O relato de outros pacientes do serviço foi apontado por H5:

“...porque teve uma experiência, de uma pessoa que fazia uso e vinha, não vinha, não tinha deixado de usar totalmente a droga. Aí assim, os pacientes conversavam, então era por meio de conversa: “Olha, fulana, eu vi fulana em tal lugar”, na maioria das vezes os pacientes falam assim... pelo menos nesse caso eu

lembro que ela falava, mas eu não sei, acho que por conhecer, por conhecer, por conversar, porque o grupo oferece esse espaço...”

Além dos outros pacientes, os familiares desempenham papel importante na identificação do uso de drogas pelos pacientes do serviço, sobretudo nos pacientes que chegam em crise ao serviço. Esse tipo de paciente geralmente é trazido por familiares que percebem o sofrimento ou algum comportamento estranho e optam por trazê-lo para um cuidado especializado.

“Porque tem família, tem alguém da família, a gente identifica a alucinação visual, né? Que é o que mais tem né? Alucinações visuais e sempre tem uma historinha de que tá andando, que tem gente com droga, no bar, dentro do bar, eles falam que mudou o comportamento escolar, né? Mas tem uns que conseguem se esconder que são os cocaínômalos, bem dizer acontece uma desgraça, fica desempregado aí começa a usar direto, começa a sair de casa e ninguém acha ele. Então são coisas assim como dormir fora de casa, (a família) percebe, né?” (B3)

Latt et al. (2011) utilizou diversas técnicas para a detecção de álcool em pacientes psicóticos, como investigar a história do paciente, tanto entrevistando-o, como conversando com a polícia, com profissionais da ambulância, com a família, dentre outros. Usou também amostras de urina e exames de dosagem de álcool no sangue sem, entretanto, perceber diferença significativa nos resultados obtidos pelo relato ou por outros métodos. H. Alves et al. (2004) afirmam que avaliar a história clínica e a história familiar podem ser maneiras efetivas de conseguir dados a respeito do uso de álcool em pacientes psiquiátricos, entretanto, um diagnóstico diferencial se torna complicado sem um tempo suficientemente longo de avaliação e abstinência do paciente, havendo também influência do álcool e de outras substâncias na apresentação dos sintomas pré-existentes e no próprio transtorno mental.

Após a suspeita ou identificação do uso de droga por pacientes do serviço, aparentemente algumas coisas se alteram na visão dos profissionais sobre esses pacientes. Segundo os profissionais, os métodos normalmente utilizados no serviço para lidar com o transtorno mental começam a surtir menos efeito. Como já relatado no Capítulo 1, os

profissionais percebem o tratamento no CAPS-3 muito centrado na medicação. Onocko-Campos et al. (2013) apontam que ainda que outros tipos de ferramentas de cuidados sejam apontadas como possíveis no contexto do CAPS, um papel central atribuído à medicação faz com que o uso regular do medicamentos seja sinônimo de tratamento, levando muitas vezes a entendimentos de que se o paciente não faz uso da medicação como lhe foi indicado ele está resistindo ao tratamento. Os profissionais entrevistados também acreditam que quando há consumo de drogas no tratamento ou antes da chegada ao CAPS-3, a medicação psiquiátrica seria menos efetiva para o manejo dos transtornos mentais.

“Mas só que, a questão da droga sozinha, ela não vai funcionar só com o remédio, a gente sabe que não funciona. Mas como você vai fazer um trabalho psicoterapêutico com uma pessoa que muitas vezes entra em surto pela questão psiquiátrica? Então uma coisa vai reforçando a outra, então tem que mudar os métodos, eu acho que incrementar.” (T3)

O trecho do participante T3 citado acima remete à necessidade de construir novos entendimentos a respeito dos tratamentos possíveis quando existe o uso concomitante de algum tipo de droga. Se existe um sentido de que o tratamento medicamentoso tem potencial para dar conta do cuidado aos quadros clínicos psiquiátricos, o mesmo sentido não é construído quanto ao uso de drogas. Esse sentido atribuído pelos profissionais leva a uma construção de que tratar os pacientes do CAPS que façam uso de drogas talvez seja visto muitas vezes como tempo perdido. Esta idéia evoca nos profissionais o entendimento de que o único cuidado possível com esses pacientes seria proporcionar cuidados vistos como paliativos, por exemplo, com a nutrição do usuário de Crack, como apontado por B2,

“...nesse sentido, e de que é perda de tempo deixar aqui ou atender né (...)Eu acho que a principal responsabilidade é o que eu te falei, esse tratamento é falho, o que tem hoje em dia, o que tem aqui, mas tem o outro lado que tem a parte daqueles pacientes que usam principalmente o crack e fica desnutrido, e o seu papel é internar, porque ele vai sair da internação daqui a um mês mas ele engordou, ele ganhou peso...(...) outros cuidados, cuidados com a nutrição porque eles são desnutridos

aí nesse sentido a internação de um mês é legal, é interessante, porque eles se alimentam, comem...” (B2)

Além do cuidado com a nutrição, citado por B2, a estabilização do surto psicótico que pode ser influenciado pelo uso de drogas aparece na fala de B3 como uma possibilidade de único cuidado possível a ser ofertado no serviço, ainda assim visto como paliativo:

Entrevistador: “E qual você acha que é a responsabilidade de um profissional aqui do CAPS-3 de lidar com essa questão do transtorno mental e o uso de álcool e drogas?”

B3: “Apenas uma crise psicótica, saiu, 3 dias depois alta.”

Entrevistador: “Então você acha que talvez aqui poderia cuidar dessa crise psicótica...”

B3: “Não, não, já cuidamos já. Já é assim. Tá em psicose, entra uns dias, primeiro surto, segundo surto, até ele dar alta assim que melhorar ou vai pro HC para fazer supostamente os exames que devem ser feitos, não sei se são. E é isso”

Essa relação com a estabilização do surto sendo a única possibilidade para quem está no serviço e fez uso de drogas modula o cuidado oferecido a este tipo de paciente de forma mais pontual. Parece uma construção de que este tipo de demanda não é bem-vinda no serviço, suscitando reflexões a respeito da divisão dos serviços. Será que esta divisão não sustentaria entendimentos de que o uso de drogas não faz parte da saúde mental e que, tratá-lo dentro do CAPS-3, seria apenas um cuidado paliativo, um “quebra-galho”? Pode-se perceber que para os profissionais o cuidado que é oferecido no serviço para quem está em tratamento psiquiátrico e faz uso de drogas impacta muito na expectativa deste de que o paciente melhore com o tratamento. Aparentemente, uma latência maior nos efeitos da medicação e escassez de recursos terapêuticos que respondam de maneira mais aparente e rápida gera uma atmosfera de impotência no manejo com o paciente. O participante T2 aborda esta questão, como exemplificado no excerto abaixo:

“Pro profissional é diário, é uma luta diária também porque a gente tem picos de motivação porque a gente muitas vezes vê que não tem muito resultado, às vezes vê mais que não tem resultado, aí passa um período, vê um resultado isolado, então tem que ter uma crença superior, sabe?” (T2)

H. Alves et al. (2004) afirmam que os profissionais que se deparam com a questão do uso da droga concomitante ao transtorno mental devem estar cientes de que pacientes nessa condição apresentam um ritmo mais lento de melhora, por isso é preciso combinar medicações específicas e modificar as terapias psicossociais, incluindo abordagens direcionadas a ambos os diagnósticos. Estudo com residentes em psiquiatria (Crapanzano, Vath, & Fisher, 2014) apontou que não haver uma “pílula mágica” que resolva o uso de drogas mostrou ser muito frustrante para os participantes. Estes relataram ainda que quanto mais tempo de profissão, maior a frustração nesse sentido, aumentando as crenças negativas a respeito do uso de drogas entre os pacientes psiquiátricos. Acompanhando essa percepção de impotência do profissional em saber lidar com o paciente que faz uso de droga concomitantemente ao tratamento, surge a ideia de que esse paciente é complexo e que, portanto, necessitaria ser tratado através de um especialista na questão.

“... estar detectando isso e é como eu falei, ver o que tá precisando de mais, se for o transtorno mental a gente vai trabalhar, se for a dependência química, a gente vai arrumar dispositivos que trabalhem especificamente com isso.” (B4)

Tosato et al. (2013) afirma ser preciso lançar mão de estratégias de prevenção além de haver uma maior interação entre os serviços de saúde mental e os serviços especializados no uso de drogas, como uma possível adição de um especialista em consumo de substâncias na equipe das primeiras intervenções psiquiátricas. Além disso, foi ressaltada a necessidade de que haja treinamento específico para essa questão aos profissionais do CAPS, que se sentem por vezes pouco capacitados para lidarem com isso.

“...acho que a primeira coisa que deveria ser feita é um treinamento para toda a equipe. Desde o recepcionista, ao auxiliar, ao enfermeiro, ao psicólogo, ao farmacêutico, que o paciente vai lá pegar medicação com ele também, sabe, para começar a falar a mesma língua. É assim que a gente vai começar a tratar, o paciente vai precisar desse tipo de cuidado... então acho que deveria ter isso sim, um treinamento

maior para gente saber lidar com isso, e oferecer algum tipo de experiência para ele, outros tipos de alternativa para ele.” (T4)

Corradi-Webster et al. (2009) afirmam que a pequena quantidade de diagnósticos relacionados ao uso de álcool poderia ser então uma questão relacionada a uma deficiência de formação e carência de treinamentos específicos para profissionais dos serviços de saúde mental. Howard e Holmshaw (2010) apontam que o treinamento de habilidades terapêuticas específicas da equipe e um engajamento adequado do usuário ao serviço são fundamentais para o tratamento de pacientes com transtornos mentais e uso de drogas. Concluíram ainda haver a necessidade da equipe de saúde mental receber mais treinamento acerca do tema da comorbidade, seja em treinamentos específicos ou em supervisões clínicas individuais ou em grupo a respeito do assunto. H. Alves et al. (2004) afirmam ser fundamental que haja um treinamento dos profissionais que lidam com pacientes com comorbidade para uma melhor avaliação, diagnóstico diferencial e tratamentos específicos a esta situação.

Apesar das questões técnicas envolvidas e já apontadas aqui a respeito das alterações ocorrentes de quando se identifica o uso de drogas em pacientes do serviço, os profissionais são bastante enfáticos em afirmar que percebem o preconceito por parte de alguns colegas da equipe, que mudam seu comportamento após identificarem o uso de drogas pelo paciente em tratamento no CAPS.

“... muitos (profissionais) enxergam como coisa de vagabundo, vocês sabem, quer dizer, não sei se vocês já sabem. É coisa de vagabundo, usuário, sem vergonha, pilantra sem ter nenhum insight a respeito do uso da droga e de como ela faz parte da adaptação que o indivíduo pode ter em relação a essa ambiente múltiplo, diverso, sei lá como vou dizer, complexo, que o rodeia. Ambiente mental, familiar, cultural, enfim. Eu acho que muitos tratam mal, quanto menos formado, pior trata. O porteiro chega a xingar e pôr para fora, o porteiro lá do CAPS infantil nós tivemos que trabalhar com o cara porque ele expulsou o rapaz e o rapaz ficava usando droga o dia inteiro, mas lá o nosso objetivo era tratar usuário de droga, olha o nível que chega, ele expulsou o moleque: “Ah... vai para lá! Isso aqui não é hotel não! Não sei o que...” (imitando o porteiro), nesse nível. Então uma completa falta de percepção de uma coisa relacionada à outra. Então eu acho que muda sim, muda muito!” (B1)

Revisão da literatura feita por Van Boekel, Brouwers, van Weeghel e Garretsen (2013) a respeito do estigma dos profissionais com pacientes que fazem uso de drogas, apontou uma atitude negativa dos profissionais com relação ao uso de drogas nos pacientes. Os autores ressaltam, entretanto, que os profissionais que têm mais contato com os pacientes que fazem uso de drogas tendem a ter atitudes menos negativas do que aqueles que só têm contato com eles pontualmente. Dentre vários fatores apontados como motivos para as atitudes negativas com esse tipo de paciente isto aparece ligado à uma percepção do profissional de não possuir as ferramentas necessárias para promover o cuidado adequado a este paciente, gerando grande desmotivação e impactando na auto-estima do profissional. Van Boekel et al. (2014) sugere a necessidade de treinamento a respeito de como lidar com o uso de drogas em pacientes da atenção primária e da psiquiatria de um modo geral. Por outro lado, estudo qualitativo de Crapanzano et al. (2014) com 28 médicos residentes em psiquiatria sobre o estigma do uso de drogas avaliou a efetividade de treinamentos para a redução do estigma. Eles encontraram que ainda que 79% dos participantes tenham atestado que ter feito o treinamento os afetou de alguma maneira, 61% deles apontou a dificuldade em conciliar as crenças que tinham sobre o uso de drogas e o conteúdo apresentado no treinamento e 50% deles continuou com atitudes estigmatizantes com quem usa drogas. No encontro com H2, profissional bastante próximo a mim desde que cheguei ao serviço, o vínculo possibilitou momento propício para que aspectos mais pessoais pudessem surgir na entrevista. Esse vínculo possibilitou também que eu fosse posicionado além de profissional ou pesquisador, mas também como confidente de características de sua história pessoal, abrindo espaço inclusive para pensar como atividades vividas fora do serviço em relação ao uso de drogas podem influenciar as práticas exercidas dentro do CAPS-3, como pode ser visto no trecho da entrevista abaixo:

“E= Entendi. E agora assim, falando um pouco sobre o consumo de drogas, eu queria saber um pouco de qual é a sua visão pessoal a respeito do uso de drogas? Seja qualquer tipo de droga, legal ou ilegal, e não precisa ser o uso problemático ou dependência, só o uso.

H2= Então, você me pegou numa semana especial porque eu confesso que eu tinha certo preconceito contra o uso abusivo de qualquer droga mas eu tive fazendo curso pra formação em saúde mental, crack, álcool e outras drogas e eu tenho que falar, confessar, que sofri uma mudança radical né, porque por

ter pessoas que fazem uso abusivo na minha família eu sempre tive uma mal estar muito grande porque os meus primos e meus tios deram muito trabalho pro meu avô e pras minhas tias e pro meu pai, então antes de eu entrar na faculdade, enquanto eu estava na faculdade meus tios tinham o uso abusivo de álcool, meus primos de cocaína, então tiveram que ser internados, então aquela luta constante, aquele corpo-a-corpo, e eu não tinha muito uma formação científica sobre isso, mas uma coisa mais pessoal de que haveria um problema de personalidade talvez, que eles não tinham boa vontade, que eles não queriam se tratar, uma chatice. Então eu pessoalmente sempre pus isso como um limite na minha formação, eu nunca quis trabalhar com pessoas que tivessem alguma questão com o uso abusivo.”

O excerto acima apresenta ainda outro aspecto importante a ser ressaltado. O participante H2 apresenta uma idéia de que os sentidos dele a respeito do uso de drogas se alteram com o passar do tempo e que a maneira como ele entende o tema é muito específico do momento que ele vive, trazendo a idéia de que o momento da entrevista é único e representa os sentidos construídos naquela experiência especificamente. Muito do que era construído por ele sobre o uso de drogas é proveniente de uma construção familiar a respeito da experiência vivida com alguns integrantes da família com histórico de uso. Abrir-se a novos discursos no contato vivido em sua capacitação sobre o uso de drogas, possibilitou construir novos entendimentos a respeito do tema. Negociar esses diferentes sentidos não é buscar quais são os sentidos “verdadeiros” sobre o tema, mas ampliar possibilidades de refletir sobre um mesmo assunto, notando que ainda que ele identifique em si uma “mudança radical” a esse respeito, ao referir-se especificamente ao vivido no contexto familiar aquilo ainda é percebido como “uma chatice”.

Nas entrevistas realizadas, a dificuldade de lidar com a questão do uso de drogas foi perpassada pelo discurso moral construindo sentidos sobre esse fenômeno, sendo os usuários de drogas entendidos algumas vezes como “vagabundos”, “casos perdidos”, dentre outros. Nessas ocasiões, o tratamento do paciente é impactado diretamente, levando a encaminhamentos e desinvestimentos da equipe em relação a ele.

“... porque eu acho que o preconceito existe, quando aquela pessoa é identificada como usuária o olhar das pessoas tende a

mudar a respeito daquela pessoa. Além disso eu acho que muitas vezes existe a tendência de jogar o problema para outra esfera: “Ah... será que não é melhor encaminhar para internação?”, “Ah... será que não é melhor encaminhar pro CAPS-Ad?”(H1)

Essa conjuntura apontada também leva a uma percepção dos profissionais de que alguns colegas teriam reações de raiva e contrariedade frente a esse usuário de drogas dentro do serviço. Tais sentimentos apontados são atribuídos muitas vezes ao conflito entre haver uma regra dispondo a respeito da separação clara de quem usa droga manter-se fora do CAPS-3 ao passo que o que é percebido na prática é uma dificuldade em manter o manejo do uso de drogas e o tratamento do transtorno mental tão divididos. Dentre as reações, as entrevistas apontam sentimentos de raiva por profissionais da equipe:

“...mas assim, quem não entende nada mesmo que é o profissional lá mais menos formado, o auxiliar normalmente às vezes sente raiva do cara porque ele tá lá trabalhando, o auxiliar, e o cara tá curtindo adoidado (usando a droga).” (B1)

O usuário do CAPS-3 que usa drogas é visto também como vítima de preconceito pela equipe, resultando em um posicionamento que poderia sustentar a prática já descrita no Capítulo 1, de encaminhamentos para serviços especializados em álcool e drogas logo da identificação do uso, desresponsabilizando a equipe do CAPS-3 de lidar com esse paciente, como exemplificado na fala de B5 abaixo:

“...mas eu vejo que tem muito preconceito dos profissionais de saúde aqui, quando interna um paciente com dependência química, que eles falam “ah, não é para tratar aqui”, é para tratar em outro lugar. Só que se a gente for ver o Caps-Ad está sobrecarregado, não tem onde tratar. Então, talvez fosse interessante fazer um trabalho, assim, de treinamento, de orientação, pros profissionais saberem lidar melhor com esse tipo de paciente.”

É necessário apontar que esse sentido negativo do uso de drogas durante o tratamento no CAPS-3 aparentemente não se estende a todas as drogas. O tabaco aparece como uma exceção a esse entendimento proposto pelos funcionários. Primeiramente, devido ao fato de apenas alguns deles ressaltarem a questão. A menção feita ao tabaco em apenas algumas entrevistas talvez denote certa naturalização de seu uso. Pensar a respeito do uso de drogas em pacientes em tratamento no CAPS-3 e não lembrar-se do tabaco, droga instituída na rotina do serviço (a cada uma hora tem o horário do cigarro, momento que os pacientes podem fumar no refeitório), traz reflexões a respeito de como este uso pode ser algo que tem passado despercebido aos profissionais. Pensando nos CAPS como herdeiros do cuidado psiquiátrico que possui longa história de institucionalização sob a forma dos manicômios, algumas heranças perduram nos serviços até os dias de hoje (Corradi-Webster, 2013; Fiorati & Saeki, 2013). Estudo qualitativo brasileiro de R.M. Oliveira, Siqueira Júnior e Furegato (2015) investigou o papel do cigarro para pacientes com transtorno mental. Diversos sentidos foram encontrados a esse respeito, como o cigarro como forma de auto-medicação do paciente, facilitador de contato social, maneira de lidar com a solidão dentre outras. Ressaltam ainda o papel que o cigarro tem para os pacientes como forma de lidar com o estigma do transtorno mental. Os dados indicaram que aparentemente no entendimento dos pacientes o uso do cigarro tem um papel central em suas vidas. É conhecida na literatura científica a ligação histórica muito íntima entre o uso de tabaco e o cuidado em psiquiatria em nível institucional de internação devido a diferentes fatores (Prochaska, 2010). O participante H4 aborda esta temática:

“ (fumar)...é um hábito que foi criado, já falam que desde os asilos, é uma forma de acalmar, tem um... eu acho que é meio mito isso que o tabaco acalma a pessoa, mas talvez o hábito de acender o cigarro, ele fica um período entretido com aquilo e se ele tem a dependência do tabaco, é prazeroso para ele, então eu acho que é uma forma, até de passar o tempo, de ajudar a passar o tempo. Porque imagina aquelas pessoas que viviam nos asilos de psiquiatria, da psiquiatria, a vida inteira naqueles lugares, que não tinha nada para fazer, acho que eles ficavam fumando durante o tempo inteiro.” (H4)

Hamilton (2010) aponta que apesar de grande parte dos pacientes psiquiátricos fazerem uso do tabaco, esse ainda é um assunto muito ignorado no campo da saúde mental. O uso de tabaco tem sido visto como uma forma de redução de danos dentro do tratamento em saúde mental ou do tratamento para o uso de outros tipos de drogas, por ser considerado por muitos profissionais da área como uma droga menos danosa aos pacientes em tratamento. Isso aparentemente partiria de uma premissa dos profissionais de que se o paciente parasse com o uso de tabaco ele provavelmente se voltaria para o uso de outras substâncias ou poderia recair em sintomas depressivos ou comportamentos danosos a si mesmo ou a outros. A redução de danos dentro do contexto pode ser entendida como a utilização de estratégias menos danosas que proporcionem a diminuição ou controle de determinados comportamentos advindos de condições psiquiátricas (Prochaska, 2010). Entretanto, vale o questionamento a respeito do que faria os profissionais optarem por uma droga (cigarro) como menos danosa do que outra? Aparentemente esta escolha pode ser influenciada por tradições muito arraigadas na psiquiatria e talvez pouco debatidas nos serviços. Oliveira e Furegato (2014) indicam a necessidade de treinamento da equipe para que a restrição do tabaco no serviço possa ser efetiva e ajude o paciente. Questões levantadas pelas autoras apontam para a necessidade de avaliar o que é mais danoso ao paciente psiquiátrico, assumir os possíveis riscos da restrição do tabaco no tratamento ou os riscos que o uso do tabaco traz para os pacientes? Ademais, porque apenas quando se trata da psiquiatria os profissionais encaram o tabaco como um “mal necessário” e em outras áreas de cuidado ele é visto apenas como algo prejudicial? Segundo estas autoras o temor que muitos profissionais têm de que a retirada do tabaco dos pacientes psiquiátricos em tratamento proporcione agressividade, não tem sustentação na literatura científica, e o temor pode estar mais relacionado à insegurança do profissional em lidar com isso por não haver protocolos bem claros de como lidar com a abstinência do tabaco. Walsh, Schweinfurth e Dickerson (2015) apontam que ainda que os hospitais psiquiátricos norte-americanos sejam “*smoke-free*” e os pacientes tenham contato com terapia de substituição de nicotina como medida para pararem de fumar dentro do hospital, os pacientes referem que na maioria dos casos não existe uma preocupação dos profissionais em oferecer um programa para que o paciente pare de fumar após sua internação.

Frente às dificuldades apontadas para manejar o uso de drogas durante o tratamento no CAPS-3 foram trazidos também pelos entrevistados recursos terapêuticos necessários para lidar com esta demanda, sejam estas práticas já incorporadas ao cotidiano de suas ações ou práticas idealizadas como tendo potencial em ajudar nas questões levantadas.

Em relação ao modo de lidar com o uso de drogas, os entrevistados se posicionaram de modos diferentes, sobretudo dividindo-se em duas vertentes: empoderando estratégias que visem à abstinência ou medidas que busquem a redução de danos. Tal divisão entre os recursos terapêuticos privilegiados nas falas dos pacientes também remete a uma divisão na literatura da área, que atualmente é composta por estudos que focam na necessidade da abstinência do uso de drogas e outros que optam pelas estratégias de redução de danos, não havendo muito consenso entre as duas vertentes. Corradi-Webster (2013) problematiza que alguns discursos possibilitam novas maneiras de pensar alternativas. Aponta que o discurso médico-psiquiátrico, por exemplo, convida muitas vezes para posturas mais individualistas quando se trata do uso de drogas, atribuindo apenas ao sujeito a responsabilidade de fazer uso ou não da droga. Para alguns profissionais a abstinência é entendida como sinônimo de reabilitação, sobretudo no caso do paciente que é dependente do uso da droga, como exemplificado pela fala de H5 abaixo:

Entrevistador: “Você acha que a minoria que consegue se reabilitar?”

H5: “Eu penso assim.”

Entrevistador: “Mas por quê?”

H5: “A minoria dos usuários... eu imagino que sim, eu não tenho, eu nunca vi nenhum estudo, se X pessoas que entram no serviço, eu tô pensando no usuário puro, tô pensando assim no usuário para deixar de usar drogas, é isso. Aquele que usa um determinado tempo e deixa de usar, não sei se é a maioria que consegue”

No trecho citado acima de H5, constrói-se um entendimento atrelando a melhora do paciente ao não uso da droga. Refletindo a este respeito, sentimentos de desmotivação da equipe já citados anteriormente com relação aos pacientes que usam drogas poderiam estar ligados a este entendimento de que apenas através da abstinência se daria um tratamento bem-sucedido. Corradi-Webster (2013) relata que em alguns serviços de cuidado a pessoas que fazem uso de drogas, a já referida aqui responsabilização do sujeito quanto ao seu uso, produz sentidos de que se o paciente não tem auto-controle para evitar fazer uso da droga isso é sinal de fraqueza e, portanto, ele não estaria de fato recuperado. Pautadas nesse sentido aparecem em muitas falas a compreensão da necessidade de internação como um recurso terapêutico,

seja esta voluntária ou involuntária, a fim de manter a pessoa afastada da possibilidade de fazer uso da droga. Isto pode ser ilustrado na fala de B2 abaixo:

B2: “Eu acho que era só querer fazer, e tem que manter a pessoa internada, e não é 3 meses, um ano! (...)

Entrevistador: “Então você pensa que talvez a abstinência fosse o melhor caminho?”

B2: “Sim! E por um tempo de internação bastante prolongado. Aí com atividades lógico, enfim, mas tem que ficar num lugar que não entre droga, porque até o Hospital Psiquiátrico agora é delivery, entregam lá na porta, pro paciente. Eles saem, usam, voltam, o acesso é muito fácil...”

Sendo o CAPS um serviço moldado para oferecer cuidado em modelo integrado à comunidade na qual o paciente está inserido, falas aproximando o cuidado ao uso de drogas à necessidade de manter os pacientes isolados por períodos prolongados propõem alguns questionamentos. Traz uma idéia de que a proposta terapêutica do cuidado comunitário não seria suficientemente potente para cuidar da questão de uso de drogas. O fortalecimento deste sentido também pressupõe práticas de possíveis encaminhamentos a serviços de características asilares (como clínicas, comunidades terapêuticas, etc) quando da identificação do uso de drogas em pacientes do serviço, fato percebido pelos profissionais como recorrente dentro do CAPS e já relatado anteriormente neste manuscrito.

Dando ênfase às compreensões voltadas ao campo da redução de danos, B5 traz o exemplo de uma história que viveu no serviço em que esperar a abstinência de uma paciente não se mostrava uma estratégia eficaz. O participante B5 prosseguiu então, para o uso de estratégias de negociação possíveis ao paciente, aproximando-se, desta forma, da política de redução de danos ao descrever maneiras possíveis de manejar o uso da medicação e do álcool.

“Então agora se você vai falar com um paciente tipo a E., ela gosta de tomar uma cervejinha, ela toma sertralina e clonazepam, o que eu orientei para ela foi sobre o uso de álcool e clonazepam, que pode ser perigoso, mas ela não pode deixar de tomar o medicamento, ah ela tomar carbamazepina também que não é da rede mas é do HC. Aí ela não pode ficar sem o

remédio e ela deixava muito de tomar os medicamentos por conta de querer tomar um pouquinho, aí conversando com ela e a quantidade que ela disse que toma e aí eu tenho que acreditar, porque eu não posso ficar pensando que é mentira, não interfere com os medicamentos dela, tanto assim, então é preferível que ela tome os medicamentos clonazepam e carbamazepina e a noite se ela quiser um pouco de cerveja tudo bem, mas isso só no sábado, que foi combinado. É melhor eu falar assim do que eu falar para ela que não pode nunca, ela vai abandonar o tratamento, ela não vai largar a cervejinha no sábado a noite.”

Olhando atentamente para o trecho citado de B5, podemos perceber alguns aspectos já discutidos aqui. O participante B5 não apenas atesta a existência do uso de drogas em pacientes em tratamento no CAPS-3 como relata a vivência com um destes pacientes e a maneira como puderam juntos construir sentidos a respeito disso. Pode-se perceber também como na construção de sentidos que ele faz com o paciente o tratamento em si é muitas vezes entendido como sinônimo do cuidado medicamentoso, e se o uso de álcool ameaça de alguma forma o uso do medicamento, isto é compreendido como “abandonar o tratamento”. Além disso, como já discutido anteriormente, relações mais dialógicas entre profissional e paciente (Ness et al., 2014) e discursos que favoreçam alternativas (Corradi-Webster, 2013) possibilitam mais potencial criativo para encontrar soluções personalizadas para a complexa questão do uso de drogas por pacientes em tratamento psiquiátrico. Além disso, Schlosser & Hoffer (2012) ressaltam a importância de conscientizar a equipe de que muitas vezes o paciente usuário de drogas continuará a fazer uso durante o tratamento psiquiátrico, não baseando as práticas na ilusão da completa abstinência.

Aparecem, entretanto, algumas contradições também nas entrevistas quando confrontadas com idéias de abstinência ou redução de danos para as diferentes drogas. Ainda que os dois discursos estejam presentes nas falas dos entrevistados, aparentemente eles têm clareza do discurso da abstinência, talvez por ser um discurso muito massificado pela mídia e muito mais disponível inclusive no senso comum, ao contrário do discurso da redução de danos, ainda recente no campo e pouco hegemônico entre os profissionais. Vale também destacar que a perspectiva da abstinência está ancorada nos discursos médico, religioso e moral, bem prevalentes no campo de drogas. Já o da redução de danos vem ancorado no discurso dos direitos humanos, não tão hegemônico no campo. Como exemplo disso podemos

refletir sobre o participante H4, que em determinado ponto da entrevista, propõe a abstinência como o sentido de sucesso esperado do tratamento voltado ao uso de drogas:

“...o ideal é que ele não fique aqui, pelo menos no período que ele tiver, tiver usando. Agora se ele estiver em tratamento, em abstinência, aí dá. (...)pelo menos nesse período, mas depois que ele..se eles parar de usar as drogas ilícitas e ele for acometido de um transtorno mental ele pode depois continuar vindo para cá.”

Mas por outro lado, H4, em outro momento da entrevista, apresenta um relato próximo de pressupostos da redução de danos com relação ao uso de tabaco em pacientes em internação no CAPS:

“...geralmente, se a gente percebe que a pessoa tá fazendo uso de alguma droga que não seja o tabaco, porque como eu te falei o tabaco é normal usar aqui, a gente releva(...) é muito difícil ela abandonar o cigarro e pode ser um sofrimento a mais de quando ela tá em crise ter que abandonar, quando ela estiver bem, pode ser oferecido um tratamento, mas quando ela estiver bem, quando ela estiver em crise eu acho que nem é hora dela parar de fumar.”

Prochaska (2010) refere que o uso de tabaco tem sido visto como uma forma de redução de danos dentro do tratamento em saúde mental ou do tratamento para o uso de outros tipos de drogas, por ser considerado por muitos profissionais da área como uma droga menos danosa ou ofensiva aos pacientes em tratamento. A redução de danos dentro do contexto pode ser entendida como sendo as estratégias menos danosas que proporcionem a diminuição ou controle dos comportamentos mal vistos advindos de condições psiquiátricas. Por entender que a droga pode ser usada pelos pacientes como forma de enfrentamento de sentimentos e sensações desagradáveis advindos do sofrimento mental, dos transtornos psiquiátricos ou mesmo da medicação, oferecer a ele alternativas mais bem adaptadas de

enfrentamento aparece como um recurso terapêutico possível para os profissionais lidarem com esse paciente do serviço que também faz uso de drogas:

“Então, eu vejo as pessoas como se defendendo, usando drogas elas estão tentando diminuir o desconforto, a maioria, e mesmo o dependente, do desconforto da falta da droga. Eu acho que quem está usando drogas precisa de um olhar para essa necessidade que está por trás da droga, que seja para se divertir mais, para ficar acordado, cafeína para ficar acordado (estávamos tomando café naquele momento), quer dizer, será que dá para organizar essa vida para poder dormir melhor? Não sentir tanto sono, uma droga tão ansiogênica, até a cocaína que o indivíduo usa e é super tóxico.” (B1)

Hamilton (2010) aponta para o fato de comumente as pessoas ligadas a prática no contexto de comorbidade entre transtornos relacionados ao uso de drogas e transtornos mentais relatarem que os pacientes façam uso de drogas como uma possibilidade de automedicação ou uma maneira de combater os efeitos colaterais dos remédios que lhes são prescritos. Neste sentido, um recurso bastante apontado por B1, como possível aliado para tratar essas questões do paciente psiquiátrico, seria a conscientização deste de que existem questões por trás do sofrimento dele que o levam para o uso da droga.

“...pensando na subjetividade, o que é o ideal que eu tenho para o paciente muitas vezes não é atingido, o indivíduo não vai achar um psicólogo capacitado para fazer análise com ele, não vai ter tempo nem saco e às vezes não vai aderir, enfim, não vai saber que existe ou que ele precisa, mas havendo a percepção, e alguns percebem na nossa abordagem que é possível transformar o futuro e não recair pela sétima, oitava vez do uso da droga. Andou acontecendo, eu atendi um jovem que agora que ele percebeu. Já era a sétima vez que ele internava e eu abordei essa questão da subjetividade, fiz um desenho com consciente e inconsciente, falei: “Olha, tem conteúdos aqui que fazem a gente tomar decisões e a gente nem percebe, a noite a gente dorme e a gente sonha, de dia a gente também sonha mas a gente não vê porque a gente tá acordado, é como o céu, com a

luz a gente não enxerga as estrelas mas elas estão lá”, tentando mostrar que existem algumas coisas escondidas aí que te levam a fazer coisas, recair pela oitava vez, se você não olhar para isso você vai recair a oitava e a nona.” (B1)

Neste trecho de B1, ele deixa de lado o discurso médico e dá visibilidade a um discurso psicanalítico percebido por ele como potente para compreender a questão. Por ele ter formação em ambas as áreas e me localizar como par dentro da psicanálise. O participante B1, após varias tentativas frustradas de agendarmos um horário comum para a entrevista no CAPS-3, teve que ser entrevistado em seu consultório particular. Esta foi a única entrevista feita fora do CAPS-3 e guarda algumas particularidades. O encontro teve característica dele me recebendo em seu espaço. Assim que sua secretária me convidou a entrar, ele pediu um café ou cappuccino para que ficássemos confortáveis durante a conversa. Ficamos posicionados muitas vezes como pares, localizados como ambos dentro da psicologia, da psiquiatria, da psicanálise, em uma tentativa de homogeneizar nossos entendimentos a respeito do tema. Isso pode ser observado, por exemplo, pela escolha dos discursos e repertórios utilizados para construção de sentidos, ou na maneira como me posicionava como colega por ambos termos feito a mesma universidade.

“...eu comecei a fazer psicoterapia com os alunos egressos da clínica da USP, onde eu me formei, como você né?

Tal contexto possibilitou que o sofrimento levando ao uso de drogas fosse entendido como uma demanda inconsciente. A possibilidade da entrevista nos localizar como pares, construindo um sentido de que ambos pudessem compreender termos e explicações do discurso psicanalítico por exemplo possibilitou repertórios diferentes dos outros participantes para explicar o fenômeno. Continuando a construção de sentidos com B1, a psicoterapia surge como instrumental capaz de possibilitar ao paciente identificar e lidar melhor com seus conflitos internos, como no trecho abaixo de sua entrevista:

“Aí o cara ficou todo entusiasmado para fazer terapia, se esse cara engrenar para um serviço bom com alguém que tenha condições de ajudá-lo, essa pessoa vai mudar.”

Em um estudo realizado com mulheres com depressão buscando compreender de que maneira elas entendiam o uso de álcool como estratégia de automedicação, Brown e Stewart (2008) apontam que uma maneira de prevenir esse círculo vicioso instituído entre o uso de álcool e os sintomas depressivos é construir com essas mulheres maneiras de melhorar seus contextos e estratégias de enfrentamento mais bem adaptadas para lidar com essas dificuldades do que o uso de álcool. Para tanto, é necessário que se compreenda as razões desse uso e o que elas significam para cada uma das pacientes. A psicoterapia seria uma estratégia efetiva segundo os autores para avaliar e acompanhar esse processo de modo a propor metas a serem paulatinamente atingidas. Além disso, surgiram como importantes recursos terapêuticos a orientação e a psico-educação dos pacientes com diagnósticos de transtorno mental e que fazem uso de drogas recreativas:

“...o meu trabalho é difícil porque muitas vezes eu lido com pacientes que não querem tomar aquilo que eles precisam tomar e abandonam o tratamento, não aderem ao tratamento. E eu tenho que orientar a tomar esse medicamento da forma correta e eu tento ser bem enfática que se não tomar direito não vai ter efeito desejado e tal. Então a gente sempre está em cima de uma linha tênue: você lida com pessoas que estão abusando e você lida com pessoas que não querem tomar.” (B5)

Um recurso terapêutico apontado frequentemente como disponível aos profissionais dentro do serviço foi o uso da medicação. Para os profissionais, o CAPS-3 estaria bastante estruturado baseado no cuidado médico-medicamentoso, como explorado no Capítulo 1 e pode ser visto na fala de B2:

“É que é inegável o benefício que um medicamento traz e só o médico tem o poder de prescrever. Alivia a ansiedade um pouco, bem pouco. Então eu penso que ajuda bastante, mas eu

acho que assim, conversas ajudam também, orientação, apoio, que outras profissões podem dar também.” (B2)

A medicação surge também como exemplificado na fala de B2, como forma de lidar com a fissura do paciente abstinente da droga:

“É... Teria que fazer um plano de tratamento medicamentoso, estudar mais a fundo, ver qual medicamento tem mais efeito para melhorar, para acalmar a fissura...” (B2)

Em uma fala de B1, o uso da medicação aparece como recurso fundamental para melhorar a funcionalidade do paciente que usa drogas e tem o transtorno psiquiátrico. Dentro do tratamento psiquiátrico do CAPS-3 ou de uma internação em serviços especializados, poder restabelecer um equilíbrio que possibilite a ele fazer parte das atividades propostas pelo serviço surge como algo bastante importante:

“Eu acho que a questão medicamentosa é só o médico que pode prescrever, não? Eu atendi um aqui (no consultório), no CAPS-3, você tá falando mas você entra com... num caso recente que eu atendi aqui... Você entra com a Naltrexona, por exemplo, e dependendo do alcoolista ele tem uma mudança muito radical e é um antagonista opióide, você tá lidando com receptor opióide, pensando em neurogenômica o cara tem um perfil que encaixa muito bem naquela droga e muda da água pro vinho e isso permite uma situação, entre aspas, uma situação neurológica, neuropsíquica básica pros outros serviços funcionarem também, no indivíduo. Para análise rolar, pro indivíduo voltar a trabalhar, pro indivíduo estar dentro de casa ou pro indivíduo suportar uma clínica onde ele vai ficar confinado 7 meses, 9 meses, eu acho que é importantíssimo a ação da droga hoje. Eu já cheguei a... (...) eu já cheguei a pensar: “Poxa, e se eu ficar só com Psicanálise, eu gosto tanto dessa área psi”. Depois eu lembrei dos casos que eu já atendi e hoje eu acho que eu não ajudaria tanto se eu largasse a questão da droga. Hoje tem muita gente que precisa das drogas no sentido dos medicamentos e eu vou poder ajudar mais podendo medicar,

trazer o cara para um plano operacional aí, um plano funcional mais dentro da realidade para ele poder aproveitar a análise, para ele poder aproveitar as oficinas do CAPS, para ele poder ficar dentro da clínica sem sofrer tanto, sem achar que aquilo é um martírio, uma punição, mas sim uma proteção, um cuidado...” (B1)

Ainda que a medicação apareça com destaque no cuidado dentro do serviço, paralelo a isso, alguns profissionais entendem que apenas a medicação não é suficiente para proporcionar um cuidado adequado ao paciente em tratamento no CAPS-3 e que faz uso de drogas. A medicação atuaria quando em associação com outros cuidados. Quinderé et al. (2014) chama atenção para o fato de que apesar da rede contar com diversos dispositivos para oferecer cuidado além do medicamentoso, muitas vezes o cuidado ainda é muito voltado a este tipo de tratamento. Ressalta, portanto, a importância dos trabalhadores da rede serem capazes de escutar os usuários que têm algum tipo de negativa à medicação para que possa ser pensado em outros dispositivos para além da medicação que podem estar disponíveis se adequando a cada caso.

Uma estratégia sugerida tanto por B3 quanto por B2 é a atuação conjunta com a polícia para lidar com a questão desse paciente que usa drogas e tem o transtorno mental, sugerindo que o uso de drogas talvez não seja apenas uma preocupação do âmbito da saúde. O participante B3 em sua fala destaca a importância da patrulha das fronteiras brasileiras para evitar que a droga venha do exterior para cá, além da importância do papel da polícia patrulhando a população para coibir o uso de drogas. Como já discutido no Capítulo 2 e afirmado por V.S. Alves e Lima (2009), se por um lado as políticas proibicionistas intentam combater o uso das substâncias, controlando fronteiras, reprimindo e criminalizando sua produção e consumo, as políticas de redução de danos focam em diminuir os danos sociais, econômicos e da saúde das pessoas que fazem este uso. Podemos ver esses sentidos no trecho abaixo de B3:

“Com relação a evitar a droga aqui dentro... Divisa do Brasil já devia ter sido feita, não sabe que interesse se tem para não se fazer essa divisa. A questão de uma tolerância zero, policial mesmo, para isso nós teríamos que ter instituições funcionando competentemente e nós não temos!”

O participante B2 aponta que a polícia além de não cumprir seu papel de coibir o uso de drogas, muitas vezes age possibilitando o ingresso de drogas nas cadeias ou fazendo função de tráfico:

“Outra coisa que a gente vê muito aqui que os pacientes contam é que quando eles são presos, ou por tráfico, na cadeia eles têm acesso às drogas, é vendido dentro da própria cadeia (...) Eu atendo paciente aqui que conta que o policial vai lá, prende um monte de drogas de um traficante para vender para outro traficante, a polícia também faz o tráfico.” (B2)

Frente a uma percepção de que é presente no serviço a existência de pacientes em tratamento para transtornos mentais e que fazem o uso concomitante de drogas, os profissionais trazem propostas de alternativas para que se proporcione esse cuidado de forma efetiva. Howard e Holmshaw (2010) levantam alguns temas que poderiam impactar positivamente no cuidado ao paciente da saúde mental que faz uso de drogas, como: a atitude da equipe como sendo fator que influencia na intervenção terapêutica; a importância de uma comunicação efetiva entre a equipe multidisciplinar para uma melhor intervenção; protocolos específicos que pautem as ações para quando o paciente faz uso de droga. Um manejo que aparece como possibilidade é o do tratamento concomitante do paciente no CAPS-3 e em serviços especializados em drogas:

Entrevistador: “Então esse tipo de pacientes que tem transtorno mental e faz uso de drogas, ele não seria paciente do CAPS-3, na sua opinião?”

H4: “Não só do CAPS-3, ele teria que ser sempre atendido por um serviço de tratamento de drogas.”

Entrevistador: “Então você acha que um jeito de cuidar dessa questão seria ele estar em dois serviços?”

H4: “Seria o ideal, do ponto de vista aqui da equipe.”

O fenômeno do uso de drogas por pacientes em tratamento para transtornos psiquiátricos vem sendo notificado na literatura científica. Ao mesmo tempo, alguns estudos têm tentado fazer movimento parecido ao apontado pelos entrevistados, propondo possíveis práticas que dessem conta deste fenômeno ou identificando de que maneira os serviços de saúde mental têm lidado com isso na prática. Corbett, Nikkel & Drake (2010) apontam para a necessidade de serviços que possibilitem ações mais integradas entre os transtornos mentais e o uso de substâncias, focando nas pessoas em situação de comorbidade. Matusow (2012) aponta a existência de um atual esforço para a integração do cuidado das comorbidades entre uso de substâncias e transtornos mentais. Sacks et al. (2013) afirma que o tratamento integrado para pacientes que apresentam comorbidade é uma estratégia importante de cuidado. Esse cuidado integrado é entendido como uma ação combinada entre os serviços de saúde mental e serviços especializados no uso de substâncias. Hamilton (2010) destaca uma política lançada em 2002 pelo departamento de saúde do Reino Unido que trouxe para a pauta a questão do duplo diagnóstico e também contribuiu inserindo o conceito de “mainstreaming”, em que o paciente tido como de saúde mental que faz uso de substâncias deveria ser tratado pelo serviço de saúde mental e não pelo especialista em drogadição.

H. Alves et al. (2004) apontam que os tratamentos de comorbidades geralmente se dividem em sequenciais, paralelos ou integrados. No sequencial, cada patologia é tratada de uma vez, obedecendo aquela que possui uma gravidade maior. No paralelo, o paciente é tratado ao mesmo tempo por dois serviços, um especializado em transtornos psiquiátricos e outro em dependência química. A maioria dos estudos mostram uma maior eficácia do tratamento integrado de técnicas psicossociais e farmacológicas realizadas em um único serviço com abordagem direcionada à comorbidade.

Os participantes relataram que devido à política que divide os CAPS em serviços voltados a saúde mental e outros voltados a problemas relacionados ao uso de drogas e, com isto, a prática de encaminhamento dos pacientes quando do uso de drogas junto ao tratamento (tema explorado no Capítulo 1), a rede ainda não está pronta para receber muito bem demandas relacionadas ao uso de droga, possuindo poucos serviços na rede para essa temática:

“...olha, em primeiro lugar eu acho que é precário o atendimento, porque a demanda é muito grande e a gente tem apenas um Caps-Ad em Ribeirão Preto, para atender Ribeirão

Preto inteiro e como eu já falei que a gente vê o consumo de drogas, como a cocaína vem crescendo muito, o consumo de álcool e as pessoas não tem aonde ir né, e por isso eu acho que é precário, não que o atendimento que é feito aqui é precário. Eu acho que poderia melhorar em vários aspectos, só que depende de vontade e interesse político, porque tudo depende de verba, mas deveria ter outro Caps-Ad, e deveria ter uma estrutura de profissionais, deveria ter um outro prédio, ter um número de profissionais maior para atender essa demanda, tem uma médica só e o Doutor V. que ia sair e não saiu, então tem dois médicos para atender muita gente é muito complicado.”
(B5)

Hamilton (2010) aponta que realizar o tratamento concomitante do paciente com duplo diagnóstico no serviço de saúde mental e no serviço especializado no uso de drogas separadamente, não apenas está ficando defasado como onera o sistema de saúde. A melhor saída seria, para ele, serviços mais integrados e que atendam as demandas da comorbidade. Com raras exceções esse não tem sido o panorama. Os dois tipos de serviços vão se especializando cada vez mais em suas tarefas, produzindo efeitos colaterais da comorbidade, como o conhecido efeito “ping-pong” entre os serviços em que o paciente vai sendo encaminhado de um serviço para o outro sem que haja resolutividade para nenhuma das duas demandas. Outra proposta que aparece de forma mais pontual, mas com bastante relevância, buscando esta integração entre os serviços é a possibilidade de haver uma aproximação do CAPS-3 com a atenção básica de forma a possibilitar um cuidado que leve em consideração o contexto do paciente, e a maneira única como a droga ou o sofrimento mental surge em sua vida, como a fala de T1:

“Na verdade aqui eu acho que o primeiro contato, acho que o primeiro contato com o dependente químico deveria ser com uma equipe de saúde da família, uma coisa assim. Para equipe de saúde da família ter um primeiro contato com o dependente, e aí sim discutir, ter uma reunião de equipes que pudesse ser discutido caso a caso.” (T1)

Schulden et al. (2012) ressaltam a necessidade de prevenção, triagem e encaminhamento do abuso de drogas de forma integrada aos procedimentos do serviço de tratamento psiquiátrico, além da atenção primária e dos serviços de emergência.

A proposta que surge com mais ênfase na fala dos participantes, entretanto, é a idéia de que ainda que o uso de drogas por pacientes em tratamento para o transtorno mental seja algo facilmente observável no cotidiano do serviço, falta oferecer um cuidado efetivo a eles. Uma estrutura de rede de cuidados muito dividida entre saúde mental e cuidado ao uso de álcool e drogas aparentemente cria uma lacuna no cuidado para as pessoas que estão na fronteira entre as duas questões. Surge dessa forma, uma percepção dos profissionais de que um novo serviço precisaria ser criado para dar conta dessa demanda. Tal serviço precisaria integrar os dois tipos de cuidado que na rede se apresentam de forma separada. Rossi Menezes e Ratto (2004) apontam que não se justifica a criação de serviços especializados em pacientes que têm o transtorno mental concomitante ao uso de drogas. Afirmam que uma possível estratégia mais efetiva seria a formação dos profissionais de saúde mental para identificar e terem ferramentas para lidar com este tipo de paciente. Esse serviço especializado voltado para essa clientela poderia ser de duas formas: duas equipes dentro de um mesmo serviço, uma delas especializada no cuidado à saúde mental e outro no uso de álcool e drogas, discutindo caso a caso e atuando juntas, como exemplificado pela fala de T1:

“Então, teria que ter duas equipes para isso. Uma equipe para tratar, para fazer o acompanhamento da psiquiatria, para psiquiatria para cuidar dele da dependência química, deveria ser um lugar só, já que aqui a gente lida com os dois mas teria que ter alguém especializado, uma equipe especializada na dependência química e uma equipe especializada em transtorno de ansiedade, humor, transtorno de personalidade que às vezes acontece. Porque às vezes tem pessoas “border” que são usuários de cocaína, crack...” (T1)

Estudo realizado por Van Boekel et al. (2014) comparou a consideração do profissional da saúde de três tipos de serviços diferentes (atenção primária, psiquiatria ou serviços especializados em usuários de drogas) com o paciente que faz uso de drogas. Os profissionais especializados em uso de drogas apresentaram as melhores atitudes com os pacientes que fazem uso de drogas por sentirem-se mais confiantes que têm as ferramentas

para ajudá-los, sugerindo a possibilidade de ter profissionais especialistas no uso de drogas na equipe de atenção primária ou nos serviços de psiquiatria geral. Outra possibilidade é que esse serviço a ser criado possuísse profissionais treinados a lidar com essa demanda específica como evidenciado no diálogo com H3:

“H3: ...então eu acho que se tivesse um tipo de serviço que fosse do começo, meio e fim, eu acho que facilitaria muito pro paciente em si e pro profissional, só que esse tipo de serviço não acontece, né?”

E= Então seria um outro tipo de sugestão além da parceria entre os serviços?

H3= Exatamente.

E= Seria criar um serviço novo, um serviço específico a esse tipo de paciente, por exemplo, e que aí os profissionais capacitados lidariam de um jeito mais prolongado com esse paciente?

H3= Isso! E menos burocrático né? Porque o que acontece, muitas vezes o paciente fica perdido na rede, ele não sabe onde ir, ou então aí.... para fazer o pedido de ajuda é em um lugar, aí ele fica esperando, aí o tratamento dele vai ser em outro lugar, aí quando ele terminar esse tratamento ele vai ser encaminhado para um outro lugar, e aí o paciente se perde nisso tudo e aí fica um prontuário em um lugar, um prontuário em outro, um médico em um lugar, um médico em outro, então eu acho assim: se o paciente pudesse ser acompanhado do início ao fim por um mesmo serviço, eu acho que ajudaria e facilitaria bastante. Mas eu sei que isso é algo a longo prazo assim.”

H. Alves et al. (2004) ressaltam que devido a comorbidade se tratar de uma questão de grande prevalência e com nuances muito específicas, há necessidade dos profissionais que lidam com esta estarem a par de técnicas de avaliação e de novos tratamentos psicossociais desenvolvidos, além das indicações farmacológicas indicadas para esses pacientes. Sacks et al. (2013) ressalta a diferença entre implementar tratamentos mais introdutórios e medidas de tratamento baseadas em evidências. Tratamentos introdutórios são mais fáceis de aprender e implementar e tratamentos baseados em evidências necessitam de mais desenvolvimento de treinamentos e habilidades. Embora os tratamentos baseados em evidências sejam fundamentais para os resultados clínicos dos pacientes, tratamentos mais introdutórios podem

ser um bom primeiro passo para uma futura implementação de tratamentos mais sofisticados. Apesar da maior conscientização e motivação para a integração dos serviços para o tratamento da comorbidade, existe a falta de políticas e práticas específicas. Ness et al. (2014) comentam a importância da colaboração dos outros atores envolvidos no processo terapêutico da saúde mental, como os profissionais e familiares. Para que isso seja possível eles ressaltam a importância de ouvir a opinião dessas pessoas ainda que muitas vezes seja preciso enfrentar as dificuldades de opiniões divergentes por exemplo.

Capítulo 4 - Fronteira entre Saúde Mental e Uso de Drogas

De acordo com os resultados já descritos até aqui, alguns assuntos são apresentados muitas vezes como zonas fronteiriças entre o cuidado em saúde mental e o cuidado às pessoas que fazem uso de drogas. Esses dois cuidados aparecem na fala dos participantes de modo bastante entrelaçado e por vezes confuso. São apontados pelos profissionais discrepâncias a respeito de como isto se dá na teoria e na prática. A organização da rede de cuidado em saúde do município tenta manter essas duas áreas divididas (Capítulo 1), entretanto, o cuidado à saúde mental e ao uso de drogas aparece para os profissionais como agregando dois cuidados que se dispõem de maneira não tão bem delimitada. Disponibilizar um capítulo deste trabalho para apresentar esta zona de fronteira é, problematizar um sentido construído com os profissionais durante o processo de pesquisa que não se explicita a ponto de tornar-se um enunciado em suas falas. Possibilitar uma discussão a respeito desta zona de fronteira é problematizar esta divisão entre o cuidado em saúde mental e o cuidado ao uso de drogas, pensando sua viabilidade, implicações e necessidades. Tal zona fronteira no contexto do CAPS-3 em questão aparece inclusive com um componente concreto reforçando esta proximidade. No município, o único CAPS-Ad adulto da cidade fica exatamente ao lado do CAPS-3. Entretanto, os profissionais dos dois serviços se conhecem, sendo que alguns já trabalharam em ambos os serviços. Além disso, alguns funcionários do CAPS-Ad adentram o CAPS-3 para registrar o ponto de presença, pois o aparelho disponibilizado pela prefeitura localiza-se no CAPS-3. Apesar disso, aparentemente existe uma fronteira física e ideológica entre os serviços. Ainda que o CAPS-Ad apareça na fala de alguns profissionais entrevistados, ele surge como possibilidade de aproximação futura, pois os profissionais ressaltam que a política de divisão do município entre a saúde mental e o cuidado ao uso de drogas (Capítulo 1) age inclusive em serviços vizinhos fisicamente.

Percebeu-se uma inter-relação entre aspectos em comum entre o cuidado em saúde mental e o cuidado ao uso de drogas, seja na tentativa de avaliar possíveis relações causais entre ambas ou, por exemplo, seja em relação a funções julgadas similares entre medicamentos psiquiátricos e algumas drogas. Este capítulo, portanto, pretende descrever uma imbricada rede de aproximações não tão claras entre a saúde mental o fenômeno do uso de drogas. Essas aproximações entre fenômenos tão complexos se dão muitas vezes procurando causalidades ou explicações entre si, outras vezes pensando na dificuldade (ou na necessidade) de haver separação entre os dois tipos de cuidado.

Uma idéia bastante presente que perpassa a fala dos entrevistados é a respeito de uma possível causalidade existente entre o uso de drogas e o transtorno mental. Sendo dois temas que na prática se apresentam de forma muito próxima, isso suscita nos profissionais hipóteses de que um dos fenômenos pode causar ou facilitar o outro. Entretanto, ainda que questionamentos a esse respeito apareçam em todas as entrevistas, as respostas dos entrevistados são diversas. Isto poderia apontar para o protagonismo que essa idéia de causalidade possui quando levantada a temática do uso de drogas concomitante ao transtorno mental. Por outro lado, isso também indica que ainda que seja um questionamento presente a esse respeito, não tem-se claro se esta causalidade existe e como exatamente ela se configuraria.

Uma das hipóteses a respeito da causalidade é a de que o uso de algumas drogas contribuiria para iniciar o transtorno mental, como na citação de B5 abaixo:

“...sim, muitos dependentes químicos eles acabam desenvolvendo, assim, na ciência, isso conversando com a Doutora M.(não inclusa neste estudo), que trabalhava aqui, a gente conversava e assim, cientificamente eles não conseguem comprovar se a pessoa já tinha uma predisposição para um transtorno psiquiátrico, do tipo esquizofrenia, transtorno de personalidade e por conta disso ela é mais propensa ao uso de drogas e o uso de drogas aflora esse transtorno, que a pessoa já tem predisposição, ou se o uso de drogas implica, acaba gerando esses transtornos psiquiátricos, mas o que a gente vê aqui, é que os pacientes que tem histórico de uso de substâncias químicas ilícitas, ou de álcool acabam desenvolvendo algum tipo de transtorno psiquiátrico, do tipo esquizofrenia ou transtorno de personalidade.”

Beardslee, Chien e Bell (2011) ao abordar o sentido da droga como possível causadora de transtornos mentais aponta o combate ao abuso de drogas como uma possível medida de prevenção aos transtornos psiquiátricos. Essa relação do uso de drogas possui diferentes configurações, algumas vezes atrelando o consumo a transtornos de modo geral, ou em outras, traçando causalidades entre o uso de uma droga em específico e o transtorno ou sintoma que ela causa. Na literatura científica internacional, alguns artigos procuram avaliar esse tipo de hipótese de causalidade (Liang et al., 2011; Power et al., 2013; Tosato et al., 2013). Como já apontado no Capítulo 2, um exemplo disso é a extensa literatura que intenta investigar a relação de causalidade entre o uso de maconha e o aparecimento de episódios psicóticos (Bianconi et al., 2016; Marconi et al. 2016; Schoeler et al., 2016). Power et al. (2013) apontam para estudos recentes que buscam estabelecer relação entre o aparecimento da esquizofrenia com o uso de drogas, sobretudo o uso de maconha. Ainda controverso, os artigos sugerem um possível efeito dessas substâncias no aparecimento de sintomas psicóticos, entretanto, questiona esta causalidade apontando que o uso dessas substâncias poderiam aparecer como forma de automedicação frente aos primeiros sintomas da doença ou mesmo porque efeitos do uso de drogas esconderiam o efeito de outros fatores como a idade ou o gênero. Nas entrevistas aparecem sentidos próximos a este, em que a maconha aparece como disparador de psicose, como verificado na fala de B2:

“...mesmo a maconha que tem países que legalizou, tem prejuízos enormes, dá muita psicose. É um vício que a pessoa se controla mais mas ele pode pela psicose fazer coisas que, por exemplo, quem fumou o crack não faz. Pela psicose que ela dá. Ela pode dar em algumas pessoas.”

Latt et al. (2011) afirma que o uso de drogas em pacientes com psicose pode mascarar, piorar ou prolongar os sintomas psicóticos. Quanto à esta relação causal, para os profissionais, ela parece ser influenciada pela faixa etária de início de consumo. Arseneault et al. (2002) apontam ter encontrado indícios da ligação entre o uso de maconha na adolescência e o aparecimento de sintomas de esquizofrenia na vida adulta. Afirmam ainda que quando mais cedo é o contato com a maconha maior o risco do aparecimento dos sintomas, atribuindo ao fato de que quanto mais cedo o primeiro uso de maconha mais duradouro ele tende a ser.

Revisão bibliográfica de Moore et al. (2007) sobre o uso de maconha e sintomas psicóticos apontou indícios de que os pacientes que já fizeram uso de maconha têm estatisticamente um risco maior de eventos de ordem psicótica. Ressaltam ainda que esse risco aumenta quanto mais intenso é o uso de maconha. Complementarmente a esta questão, estudo de caso apresentado por Håkansson e Johansson (2015) aponta algumas vicissitudes dos episódios psicóticos e o uso de maconha. Apontam a dificuldade em diagnosticar esquizofrenia em pacientes com episódios psicóticos que fizeram uso de maconha. Tais episódios psicóticos podem estar ligados com eventos estressores, dentre eles o uso massivo de maconha. Por outro lado, outros eventos estressores como o sofrimento mental também foram apontados como possíveis eliciadores destes episódios. Isto é observado na fala de B1.

“É um cara que já devia ter uma estrutura psicótica, relativamente frágil e assim, a gente sabe que o uso da droga antes dos 16 anos, principalmente maconha, aumenta em até 30% as chances do indivíduo surtar, ter um surto psicótico, mas ele começou mais tarde que eu me lembre já tinha 20 e tantos anos mas ele, como devia ter uma estrutura frágil ele acabou surtando”

Apesar de a maconha ser a droga que mais aparece na fala dos participantes como tendo relação de causalidade com o início de transtornos ou sintomas psiquiátricos, outras drogas também aparecem como associadas a estes, como o álcool e o crack ou cocaína. T1 aborda esta questão:

E= E você disse que aí você entende que isso piora os sintomas?

T1= Isso potencializa, faz com que os sintomas fiquem cada vez mais... difíceis de controlar, entendeu? Por exemplo, a esquizofrenia talvez ela tem fases... geralmente o pessoal que tem esquizofrenia tem alucinações, coisas assim, auditivas, visuais, e a presença do crack aí e ele já é, como que eu vou falar, ele já é, já causa alucinação. Soma-se à alucinação da doença mais a alucinação provocada pela droga, ela só potencializa os sintomas, ela só piora os sintomas da doença.

Eu vejo talvez como a exposição da pessoa que possa fazer com que ela tenha, que ela passe à utilização de drogas.

Dois motivos principais parecem compor a hipótese de causalidade apontada pelos profissionais. Primeiramente, o uso de droga aparece associado a uma tentativa do usuário de lidar com o sofrimento mental o qual ele está submetido, como já discutido no Capítulo 2, causadores do transtorno mental ou advindo deste, como a dificuldade de lidar com alguns sintomas psiquiátricos ou com efeitos adversos da medicação psiquiátrica, como apontado na fala de B1.

“Olha, eu acho que as drogas vêm como tampão pra muita coisa né. Fazendo a supervisão lá no CAPS infantil, com um psicanalista lacaniano ficou mais clara a questão da droga como um tampão e aí a gente pode englobar medicamentos em geral né. Assim como a paciente fazia, não vou dizer nem um namoro ou um flerte mas um curso na saúde mental, internando e saindo como bipolar que não é como dificuldade de lidar, de assumir a posição dela, inclusive lidar com afetividade e sexualidade, as pessoas podem usar os remédios, as bebidas e as drogas em geral como acessórios aí pra negar a realidade, pra auxiliar uma estrutura frágil a não descompensar, enfim, eu acho que os usos são normalmente defensivos.”

Fontanella (2010) afirma que usuários de drogas que apresentam sintomas psiquiátricos relacionados a condições psiquiátricas concomitantes ao uso da droga ou, por exemplo, sintomas psicóticos ou paranóides relacionados ao uso da droga em si, têm uma percepção que devem procurar tratamento para o uso de drogas ao invés dos serviços de saúde mental. O segundo motivo levantado pelos participantes seria o de que a pessoa com um transtorno ou deficiência mental estaria mais vulnerável ao assédio por parte dos traficantes, trazendo uma idéia de que eles são vistos como alvos fáceis para quem vende drogas, como apontado no trecho de B2 abaixo:

B2: “Olha, o que chama muita atenção, o que tem acontecido com muita frequência não é uma história em si mas um transtorno, o que você vê assim, paciente que tem deficiência mental, retardo mental, tá ficando muito marcante que assim, eles saem na rua e dão muita droga pra eles.”

Entrevistador: “Quem? Quem vende você diz?”

B2: “Eu não sei quem na rua, sabe, o que tem acontecido mais na rua e eu tô mais preocupada é essa questão do deficiente mental que é o retardo, que não tem tratamento porque é retardo mental, déficit cognitivo, e essas pessoas na rua dão muita droga pra eles, não sei se é porque sabem que tem aposentadoria ou alguma coisa do tipo mas tá acontecendo muito.”

A literatura biomédica na área, ainda que procure investigar esta relação de causalidade ainda é inconclusiva. Alguns estudos, por exemplo, atribuem que o uso da maconha possa acelerar o aparecimento da esquizofrenia. O estudo de Power et al. (2013) buscando compreender essa relação encontrou uma aceleração significativa no tempo de aparecimento da esquizofrenia, replicando estudos sobre o uso da maconha e a data de aparecimento da esquizofrenia. Os dados apontaram para um papel aditivo no efeito do uso concomitante da maconha e outras drogas proporcionando em média um ano de aceleração no aparecimento do transtorno para cada substância adicionada (maconha, cocaína e anfetaminas). O estudo de Latt et al. (2011) em um serviço de atendimento de emergência psiquiátrica, apenas levando em consideração pacientes diagnosticados com esquizofrenia e outros transtornos de ordem psicótica, identificou a maconha como a substância mais consumida por esses, tendo sido detectada em quase metade dos sujeitos. Ele relata também uma presença grande do uso de psicoestimulantes como a anfetamina, meta-anfetamina e cocaína, encontrando o uso das mesmas substâncias apontadas por Power et al. (2013) como aquelas que acelerariam processos relacionados ao aparecimento de transtornos psicóticos como a esquizofrenia. Por outro lado, em estudo de Tosato et al. (2013) buscando compreender a relação do uso da maconha e o primeiro episódio psicótico encontrou uma diferença significativa de usuários de maconha ainda morando com suas famílias de origem e não envolvidos em relacionamentos estáveis quando comparados aos sujeitos que não fazem uso de substâncias, sugerindo que nesta relação pode haver outros fatores, como de ordem familiar ou emocional, dificultando que uma relação clara de causalidade seja estabelecida. O autor faz a ressalva ainda que como trata-se de sujeitos do serviço de saúde mental e não de

serviços relacionados ao uso de substâncias, isso poderia criar um viés, abordando, portanto apenas parte da questão. Entretanto, ainda que a causalidade tenha aparecido nas falas dos profissionais do CAPS-3 como uma questão relevante, parece que muitas vezes não fica claro para o profissional o que precede o que, como na fala de H4, abaixo:

“Então, a gente não sabe se a pessoa teve, começou a ter algum transtorno, transtorno mental mesmo, pelo uso da droga ou se ela usa droga porque ela tem um transtorno. Eu acho que, eu não sei separar bem as coisas, se ela tem um transtorno se é mais fácil ela usar drogas é mais fácil ela ser usuário de drogas lícitas também...?”

A partir disso surge a idéia de que o uso de drogas e o transtorno mental possam se retro-estimular, dificultando traçar com exatidão o que estaria causando o que. O participante B1 aponta os transtornos de humor como exemplos de quadros clínicos que influenciariam mais no consumo de drogas, chamando a atenção também para o efeito de retro-alimentação entre o uso de drogas e os sintomas psiquiátricos:

“...é básico, os depressivos, ansiosos e outros vão tender a usar mais drogas que outros, sem dúvida, porque também normalmente são mais mal adaptados, tem mais coisas mal elaboradas, então a droga aumenta o transtorno e o transtorno aumenta o uso de drogas”

A respeito dessa construção de atribuição de causalidade associa-se outra idéia bastante presente no relato dos profissionais, a necessidade ou não de se identificar se o transtorno mental ou o uso da droga apareceu cronologicamente antes. A busca por identificar qual dos dois fenômenos irrompeu inicialmente ou qual se sobressai aparece como recurso terapêutico importante para a decisão de como será planejado o cuidado do paciente em cada caso. Isto pode ser observado na fala de B1:

E= Mas eu não entendi, o que o cuidado teve de diferente nesse caso?

B1= Que abordaram a comorbidade como algo principal anterior ao uso da droga, quer dizer, a comorbidade atrapalhava demais porque ele nunca saía, não ia se recuperar nunca se não tivessem dado tanta ênfase na questão da psicose. Ele não tinha só delírios e alucinações usando a droga, o X da questão foi o colega priorizar a doença mental e aí ele deixou de ser alcoólatra, ele conseguiu...

Questiona-se a viabilidade de se identificar qual fenômeno foi o precedente, se o uso de drogas e o transtorno mental quando acontecendo concomitantemente aparenta ser um fenômeno bastante imbricado e de difícil divisão de forma clara, sobretudo nos pacientes do serviço que por vezes dão entrada com as duas demandas acontecendo ao mesmo tempo. Além disso, como discutido no Capítulo 3 ainda que seja compreendido como importante identificar o uso de drogas nos pacientes do CAPS-3, não existe protocolo específico a respeito dessa identificação dificultando ainda mais identificar se temporalmente o uso de drogas ou o transtorno mental apareceu primeiro. Ainda assim, alguns participantes se questionam da importância de uma avaliação minuciosa para identificar qual o transtorno primário ao invés de tratar a demanda específica atual que é o uso de drogas e o sofrimento mental concomitantes. Trazem também a preocupação sobre a dificuldade de se estabelecer uma relação causal, devido à outros fatores, como orgânicos e sociais. Isto é exemplificado pela fala de T1:

T1= Difícil hein... eu não posso falar que tem o esquizofrênico, por exemplo... eu acho que ele só potencializa... como é que eu vou falar... ele só piora os sintomas dos problemas psiquiátricos mas eu não vejo, não consigo enxergar uma causa entre... eu não consigo enxergar o fato dele ter, por exemplo, esquizofrenia eu não consigo ligar uma coisa na outra, eu não consigo ligar o fato dele ter esquizofrenia com uso de drogas.

E= Como se um causasse o outro, por exemplo?

T1= É. Como se um fosse a causa.

E= Você acha que são coisas separadas, assim?

T1= Eu imagino que sim. Aí eu imagino que talvez seja pela exposição mesmo. Eu não consigo ver outra possibilidade. Exposição, um oferece, o amigo oferece, porque querendo ou

não a pessoa que tem problema psiquiátrico ela tem muito convívio com outras pessoas, pode ser que nesse convívio ela tenha acesso à drogas, bebida...

E= E você disse que aí você entende que isso piora os sintomas?

T1= Isso... potencializa, faz com que os sintomas fiquem cada vez mais... difíceis de controlar, entendeu? Por exemplo, a esquizofrenia talvez ela tem fases... geralmente o pessoal que tem esquizofrenia tem alucinações, coisas assim, auditivas, visuais, e a presença do crack aí e ele já é, como que eu vou falar, ele já é, já causa alucinação. Soma-se à alucinação da doença mais a alucinação provocada pela droga ela só potencializa os sintomas, ela só piora os sintomas da doença. Eu vejo talvez como a exposição da pessoa que possa fazer com que ela tenha, que ela passe à utilização de drogas.

Outro aspecto relevante deste capítulo são aproximações percebidas pelos entrevistados entre o uso de medicamentos psiquiátricos e o consumo de drogas. Alguns deles colocam que o uso de medicamentos sem prescrição poderia ser encarado também como uso de drogas. No estudo de Souza, Opaleye e Noto (2013) sobre o uso indevido de benzodiazepínicos por mulheres, as entrevistadas afirmaram que parte desses medicamentos são obtidos via amigos ou parentes médicos ou profissionais que trabalham em locais com fácil acesso ao benzodiazepínico. Elas minimizam uma percepção de risco frente a este uso indevido da medicação, admitindo apenas o risco de dependência do uso deste tipo de medicamento. Entretanto, a maioria se diz dependente do medicamento, não planejando interromper o uso deste por encontrar dificuldades em dormir sem a medicação e ter que lidar com a ansiedade, sendo que uma das entrevistadas compara a dependência por benzodiazepínicos à que ela tinha por maconha no passado. Por outro lado, a maioria apontou que já parou de usar o medicamento em algum momento da vida. Ainda que presente em grande parte das entrevistas, este tema foi extremamente explorado por B5, talvez devido ao fato dele ter mais contato com medicamentos e entender que seu uso de forma não prescrita poderia ser compreendido como uso de drogas. O participante B5 quando apresentado ao TCLE que descrevia o que o trabalho entendia como droga, atesta a importância de se incluir o medicamento usado sem prescrição como sendo entendido como uso de drogas. Reafirma a importância entendida por ele de falar disso, pois em sua prática cotidiana vê com bastante preocupação esse tipo de uso e, dessa maneira ainda que aponte outras drogas em sua

entrevista, o faz muitas vezes se remetendo ou comparando a este uso de medicamento não prescrito, e dando mais visibilidade do que os demais para esta questão, como pode ser visto no excerto abaixo:

B5: “Com relação as drogas... drogas pra mim são medicamentos né... é que tem as outras também, mas eu tava pensando nos medicamentos, que a gente também chama de drogas, né. Então com relação aos medicamentos eu vejo assim que muitas pessoas abusam, muitas, muitas, porque assim é incrível o tanto de clonazepam que a gente entrega errado. A pessoa vem, ela leva 4 tipos de medicamentos para o mês e depois ela vem e fala: “olha, o clonazepam você me deu a menos”, então assim você percebe que ela está abusando.”

E: “E por que você acha que acontece isso com ele?”

B5: “Porque são medicamentos ansiolíticos, eles dão aquela acalmada na pessoa, ela deixa de ter aquela ansiedade, ela dorme bem, não tem insônia por preocupação, só que é momentâneo se você for comparar com as drogas ilícitas, quimicamente o efeito no organismo é mais ou menos o mesmo, você entendeu? Não tô querendo, não tô falando de receptor de transmissor....”

Os entrevistados também apontaram que a relação do paciente do serviço com o medicamento muitas vezes é similar à relação do usuário de drogas com a droga utilizada. Para Benotsch et al. (2013) há um crescimento do uso de medicamentos psicotrópicos de forma recreacional, sem a prescrição médica. Além do uso recreacional, o uso por conta própria de medicamentos psiquiátricos poderia indicar, segundo o autor, uma tentativa de enfrentamento frente ao sofrimento mental. Os participantes que indicaram ter feito uso de medicamentos de forma não prescrita no estudo de Benostch et al. (2013) estavam mais propensos a fazer hoje em dia o uso de outras drogas recreacionais. Além disso, estes pacientes indicaram significativamente maior presença de sintomas de depressão, ansiedade e transtornos somáticos. Esses dados sugerem que o paciente que faz uso de medicamentos de forma não prescrita talvez deva ser incluído como um paciente que faz uso de polissubstâncias. Esse aspecto é ainda mais questionado quando discutida a dependência que se estabelece com o medicamento e de como isso se aproximaria da dependência observada por algumas drogas.

“Então tem gente que, tem pessoa que trabalha no serviço chega para mim e fala: ‘você não tem um clonazepam de evolução, aí pelo amor de Deus, eu tomo qualquer um...’. Então tem pessoa, que eu não vou citar nome, que não trabalha nesse CAPS, trabalha em outro serviço da rede municipal e que, às vezes, a gente conversando, ela fala isso pra mim! Fala ‘eu tomo o que tiver clonazepam, midazolam, qualquer um’, essa pessoa já tem um vício, porque ela não vive sem medicamento. E aí que diferença tem entre a pessoa ser viciada em benzodiazepínico e cocaína?” (B5)

Bourgois (2000) faz análise da relação entre a prescrição de metadona para pacientes que fazem uso de heroína. A relação entre estas duas substâncias é pouco reconhecida no Brasil provavelmente devido à baixa prevalência do uso de heroína no contexto brasileiro. Por outro lado, em outros países como Estados Unidos e alguns países da Europa com grande prevalência do uso de heroína, a metadona tem sido prescrita como forma de medicação da dependência desta substância. Bourgois aponta que muitos dos usuários de metadona nos Estados Unidos apresentam efeitos problemáticos com seu uso, dentre eles um impulso para fazer o abuso de múltiplas drogas, sensação de impotência frente ao uso de drogas e desconfortos físicos e emocionais. Argumenta ainda que a maior diferença em termos farmacológicos entre a heroína e a metadona para fundamentar que uma seja legal e a outra ilegal seria o prazer maior causado pela heroína. O participante B5 questiona também se o tratamento não estaria trocando uma dependência de droga ilícita pela dependência por medicamentos, sugerindo que acontece um processo de tornar lícita a dependência, ao trocar uma substância ilícita por uma lícita (medicamento):

“...ah... acontece muito, aqui a gente vê isso sempre. Os pacientes do Caps-ad, muito acabam ficando dependentes e justamente dos benzodiazepínicos que são os mais, assim, os que mais causam dependência, que são os tarja preta, pra você ter um ideia. Então, o que acontece é a pessoa deixar de usar a droga, mas ela não vive sem o remédio e ela entra em desespero. E às vezes ela precisar passar por algum obstáculo, que a vida de ninguém é um mar de rosa, que não é todo dia é

igual, que acontece alguma coisinha, que pra gente vai passar, vai ficar triste, com dor de cabeça, mas passa. Para essas pessoas que dependem, que já foram dependentes químicos, é muito fácil ter uma recaída, então o que ela fazem: recorrem a um remédio e tomam a mais. E isso eu vejo sempre, então tem o grupo de pacientes que não usam o medicamento como um tratamento e aos poucos vão se desligando, não eles simplesmente substituíram, não estão mais usando drogas, vem sempre pro Caps-ad, faz tudo certinho, mas se não pegar o remédio, não fica sem, não vive.”

As mulheres entrevistadas por Souza et al. (2013) a respeito do consumo indevido de benzodiazepínicos relataram como motivos para este uso, a possibilidade de lidar com a própria ansiedade, uma resposta à insônia e dificuldades para dormir e a fuga dos problemas, de maneira a lidar com situações angustiantes da vida. Na mesma direção que a fala de B5, o participante B4 também trata de modo similar as drogas e os medicamentos, como se ocorresse um “efeito tampão” na vida da pessoa, ajudando esta pessoa com uma estrutura psíquica mais frágil a negar a realidade, sentido já atribuído anteriormente ao uso da droga como medida para lidar com o sofrimento mental. Destaca-se que o discurso psicanalítico foi utilizado aqui pelo entrevistado para construir sentidos sobre a questão.

B4= “Então cara, esses tempos eu tava analisando isso aí porque eu faço muita visita domiciliar e vendo esse pessoal do semi-intensivo... e eu converso muito com os pacientes a respeito disso cara porque você vê, aí entra a coisa interessante, naquela tese do anestésico, muitos pacientes chegam aqui: “Eu estou ouvindo vozes, eu tenho um surto” e tal aí os funcionários vêm trazer pra gente, aí você vai falar com o paciente, ele teve um conflito familiar naquela semana, coisa normal assim, cotidiana, não normal né, normal não seria. E ele vem aqui, relata pro médico, fala que não ta bem, ele aumenta o remédio dele. Aí você fica pensando: Pô, será que era isso mesmo? Aumentar o remédio do cara? Será que esse remédio vai resolver esse conflito familiar dele? Provavelmente não(...)Então você percebe alguns pacientes recorrendo ao medicamento pra tentar resolver conflitos do dia a dia.

E= É como se fizesse uma relação de quanto maior o conflito interno, maior a dose do remédio né?

B4= Exatamente. Então, e muitos pacientes vêm no remédio a única alternativa pra lidar com aquilo

(...)

E= E você acha que essa relação é feita também com a droga? Por exemplo, talvez o paciente está mais em conflito, ele bebe mais, ele usa mais cocaína, não sei, alguma coisa assim?

B4= Ah..não tenho dúvida. E você vê do paciente verbalizar, ele fala, porque na verdade o que eles falam? Não tá bem vai pro consumo de drogas e aí tem as fases né.

A relação mais aproximada entre o efeito de medicamentos e o de drogas apontada pelos profissionais foi o papel ansiolítico da maconha. Os profissionais trazem lembranças de situações em que a maconha foi usada pelo paciente como forma de aplacar sua ansiedade.

H1= Por exemplo assim, vou dar um exemplo, porque quando eu dou exemplo eu acho que fica mais fácil. Um paciente esquizofrênico que eu atendia que fumava maconha e a maconha deixava ele supertranquilo, então a maconha funcionava pra ele como ansiolítico, então ele fumava maconha e fica relaxado, menos angustiado, menos agressivo, menos irritado... e aí né? Isso é bom? Isso é ruim? Isso tá certo? Isso tá errado? Ele deve parar? Ele deve continuar? Não sei, sinceramente eu não sei. Assim, não sei se pra esse paciente o uso de maconha é ruim.

E= Talvez tenha um ganho aí?

H1= Talvez. Talvez seja necessário. Então eu tento ter essa postura, de não ter muita coisa a priori, de tentar olhar pra isso, será que nesse caso não vale a pena ele continuar usando?

Apesar de alguns entrevistados sugerirem haver nisso algum ponto positivo no uso da droga, quando perguntados diretamente a esse respeito a maior parte duvidou se poderia haver qualquer aspecto positivo percebido no uso da droga.

Para a compreensão deste dado vale a pena ressaltar as posições ocupadas pelos entrevistados e como estas influenciam na construção de sentidos sobre a temática. Como profissionais da saúde haveria um compromisso destes com alguns discursos hegemônicos propagados neste contexto e já relatados aqui anteriormente, como o discurso biomédico e o

moral. A droga é vista de forma bastante negativa tanto na sociedade quanto no serviço. Apontar aspectos positivos de algo usualmente visto como muito prejudicial poderia ser entendido como um posicionamento bastante arriscado para um profissional do serviço. O uso de drogas durante o tratamento no CAPS-3 apresentava uma multiplicidade de sentidos para os pacientes e os familiares, bem como para os profissionais. A escolha de investigar a questão através dos profissionais se deu com a intenção de compreender dentre outros motivos de que maneira eles significam esse uso e como negociam os sentidos relativos a isto em sua vida pessoal e profissional. Entrevistá-los dentro do serviço de saúde em que trabalham, em seu expediente de trabalho, convida-os a se posicionarem como tais, como agentes de saúde, afinados à discursos que perpassam o CAPS-3. Entretanto, por se tratar de um assunto com grande inserção social, os participantes são também perpassados por discursos localizados em suas classes profissionais, em suas histórias familiares ou pessoais, sua formação acadêmica, por discursos da mídia, dentre outros. Essa relação aparece de forma mais evidente no trecho da entrevista de H3:

H3= Eu vejo como uma pessoa, como eu disse a princípio, que naquele momento está precisando de um alívio, tá precisando de simplesmente de....lidar com o estresse dele, ou então focar em algo que não seja a própria vida, ou o próprio problema, a própria questão emocional, e ele tá utilizando aquilo simplesmente porque ele quer extravasar algum tipo de emoção que ele não está conseguindo. Ao meu ver é para uma alívio imediato mesmo, é algo momentâneo, mas talvez ele nem tenha essa percepção, talvez ele precise dialogar com alguém ou precise se compreender melhor, entender melhor a sua situação pra ele perceber que aquele uso está vindo em cima de alguma outra coisa, né? Talvez se ele não tivesse a orientação, seja do psiquiatra, seja de um enfermeiro ou de um psicólogo, talvez ele nem tenha essa noção de que ele pode lidar com aquela situação de uma outra maneira, então por isso que é tão importante a procura por ajuda, né? Ou que seja através de terapia, ou que seja através de uma consulta médica, ou que seja mesmo uma orientação de enfermagem. Pra pessoa poder perceber que há outros meios dela lidar com as frustrações do dia-a-dia, com as suas emoções, com suas dificuldades, com seus problemas. Às vezes a pessoa acredita que aquilo é algo que ela mesmo possa resolver ou que ela naquele momento que ela tá fazendo uso daquilo, que é uma dificuldade momentânea que depois se ela quiser parar com aquilo ela para, e às vezes a

peessoa não vê que às vezes aquilo pode se agravar ou que tem outras maneiras dela lidar com aquela situação. Então eu acho que a procura por ajuda seria o principal motivo dela poder observar melhor a situação, então eu vejo esse usuário dessa forma, como alguém que às vezes não tá sabendo lidar com essas questões e nem tem a noção do que está acontecendo consigo mesmo.

E= Como se fosse uma estratégia de enfrentamento?

H3= Exatamente.

E= Do problema emocional assim?

H3= Exato! Eu acho que é mais uma troca. Como se ele trocasse o enfrentamento, porque ele não tá enfrentando né? Trocasse o enfrentamento por um outro tipo de alívio. Uma felicidade instantânea mesmo, algo que naquele momento vai lhe fazer bem, ele vai se sentir bem com aquilo, como uma pessoa que não consegue dormir a muitos dias ela vai sentir uma alívio, ela vai falar: “ Nossa! Consegui dormir! Que bom pra mim né” e as vezes ela não quer lidar com o problema que não quer deixar ela dormir. Ela não tá procurando o porque ela não tá dormindo, as vezes é uma questão física mesmo, uma questão da saúde dela, ela simplesmente foi lá e tomou a medicação e encobriu toda a situação. Então as vezes ela não tem a percepção de que algo maior possa estar por detrás disso.

E= E você acha que nesse enfrentamento aí da droga, você acha que a droga pode ter algum aspecto positivo?

P= Eu acho que não! Ao meu ver não! Porque nenhum tipo de (palavra incompreensível na gravação) acho que seja positivo na vida de alguém. Aquilo vai cobrir o momento, a situação em si, mas vai ficar algo ali, algo que, que, de alguma forma, em algum momento ela vai ter que lidar ou ela vai ter sempre que ficar encobrindo com algo né? Que seja com o álcool, que seja com a maconha ou que seja com o uso de alguma medicação, ou que seja fumando sem parar, ou comendo. Tem tantas maneiras que a pessoa às vezes se utiliza pra se livrar de alguma coisa ruim. Eu não acredito que seja algo bom não. A não ser as drogas prescritas, controladas, que a pessoa, que o médico tá ali podendo avaliar realmente se a pessoa tá precisando de algo e aí eu acredito que possa vir como algo benéfico, fora isso eu não acredito não.

No contexto da saúde e ainda com mais ênfase no serviço no qual estes profissionais estão inseridos, o medicamento é visto como algo muito positivo, muitas vezes a principal ferramenta de cuidado ao paciente do serviço. Miranda et al. (2014) apontam que a centralidade dos serviços de saúde mental na medicação muitas vezes proporciona que muito da preocupação dos profissionais se volte para o fato do paciente ter tomado ou não a sua medicação, e não propriamente a seu sofrimento e outras questões. Para o autor há um paradoxo em profissionais que por um lado despendem grande esforço para garantir que os pacientes façam uso da medicação psiquiátrica, e por outro se preocupam com o consumo de drogas psicotrópicas por estes pacientes, entendendo os dois fenômenos como muito discrepantes. Onocko-Campos et al. (2013) em um estudo sobre a possibilidade de gestão autônoma da medicação pelo paciente em CAPS apontaram que o assunto da medicação muitas vezes fica muito restrito ao médico, com os outros profissionais não se apropriando da questão. Além disso, a autora relata que para alguns pacientes não há no encontro com o médico espaço propício para este tipo de relação, mantendo-se muitas vezes calados em relação ao que pensam. Atribuir ao medicamento características parecidas às significadas pelas drogas parece ser algo presente em seus questionamentos, mas também difícil de enunciar. O participante B5, ao abordar o abuso de medicamentos, indica que isso talvez se deva a um sentido de cura que as pessoas atribuem ao medicamento e dessa maneira só vêem seu lado positivo:

B5: “... assim, eu vejo alguma diferença pra pessoa, a pessoa acha que ela não está viciada em droga, acha que ela precisa do medicamento, porque como é medicamento a pessoa embute na cabeça que ela precisa daquilo, medicamento é remédio pra você curar alguma coisa..”

E: “É para o bem?”

B5: “É pro bem, é muito visto pro bem, então as pessoas não enxergam o lado ruim, o lado negativo do medicamento, coisa que nós profissionais conhecemos bem. A gente costuma brincar que existem dois grupos muito distintos de profissionais: aquele que conhecem as drogas e usam com cautela, rigor, e aquele que ama né, que são hipocondríacos, que ficam tentando empurrar.”

E: “Ficam apaixonados?”

B5: “É... Ficam apaixonados por ela, então existem dois tipos distintos assim...”

A maior preocupação dos profissionais a respeito dessa relação próxima entre o uso do medicamento e do uso de drogas é a interação que as duas podem ter no organismo do paciente. Segundo apontado pelos profissionais, é comum que alguns pacientes usem tanto a droga quanto o medicamento para surtir o efeito que desejam. O participante B3 aponta para o possível efeito potencializador que a medicação e o uso de drogas poderia ter um sobre o outro:

“O paciente psiquiátrico que faz uso de droga ele, não tem como tratar um paciente assim. Dá remédio e ele continua usando droga. Quer dizer, você tá potencializando a droga, potencializando o álcool. Não tem como tratar isso.”

No excerto citado acima aponta um sentido de impossibilidade de tratamento a um paciente psiquiátrico que usa drogas pelo papel potencializador de uma substância sobre a outra (álcool e remédio). Analisando esta fala pode-se perceber também outros sentidos já discutidos em outros capítulos, como o entendimento do tratamento para o uso de drogas baseado apenas na abstinência e o tratamento para a saúde mental fundamentado apenas na medicação. Esse tipo de sentido contrasta com o sentido trazido por B5 e discutido no Capítulo 3 (página 126) em que conta sobre a maneira como lidou com um paciente do serviço. Ao avaliar o papel importante que tanto o álcool quanto o medicamento tinham para aquele paciente avaliou aspectos sociais de ficar sem uma das drogas e pesou a interação química entre elas. Pactuou então com o paciente uma forma de organizar para acomodar em sua rotina o uso de ambas as drogas com a menor quantidade de danos, estabelecendo que o uso de álcool poderia ser feito aos finais de semana. Hamilton (2010) chama atenção para a questão das interações químicas entre as drogas, sobretudo entre as prescritas e não prescritas. Interação que passa despercebida muitas vezes pela falta de efeitos contundentes. Afirmar ainda que em alguns casos existe um efeito inibidor e não potencializador entre a droga prescrita e não prescrita, apontando que fumar teria um efeito sobre alguns psicotrópicos como a Olanzapina, reduzindo pela metade sua metabolização no organismo, levando o paciente fumante a necessitar do dobro da dosagem para o mesmo efeito, portanto, os médicos precisariam estar atentos às necessidades de pacientes que param de fumar. Fato também

apontado por B5, que discorre sobre a interação do álcool na metabolização da medicação e na interação cerebral das duas substâncias:

“...eu penso assim: alguns medicamentos, a maioria deles são assim, sofrem interação com o álcool, na verdade acho que 90%, no mínimo. Porque o álcool induz a uma metabolização, ele muda a metabolização dos medicamentos. Não quero ser muito técnica... então já por aí interage no fígado. Fora a parte do Sistema Nervoso Central, então assim, álcool e benzodiazepínicos tem uma interação perigosa, você tem um depressor do sistema nervoso central que é o medicamento e tem o álcool que também é um depressor do sistema nervoso central, porque apesar dele causar uma certa euforia, da pessoa se sentir meio solta, a gente chama ele de depressor, porque ele ativa o sistema depressor. Então essa associação pode ser letal, dependendo da quantidade. Então, ela tem os graus de complexidade, você vai tendo as interações e dependendo da quantidade pode levar ao coma...então essa não pode de jeito nenhum.”

Essa interação aparece como bastante preocupante aos profissionais, mas para alguns deles essa não é uma questão que eles dominam bem, atribuindo ao médico à necessidade de ver que interações possíveis poderiam ocorrer, aumentando a sensação de medo de que algo prejudicial possa acontecer com quem faz o uso concomitante das duas substâncias. Esse receio poderia resultar em orientações voltadas à total abstinência da droga, já que se desconhece o efeito que ela poderia ter na interação com a medicação.

Considerações Finais

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais apontaram a questão do uso de drogas como assunto que perpassa seus cotidianos pessoais e profissionais. Ainda que seja um assunto tão presente, o processo de pesquisa identificou que poucos são os espaços reservados para esta temática dentro de suas rotinas de trabalho. Assim, o entendimento dos profissionais fica muito baseado em sentidos pregressos construídos a este respeito, através de vivências familiares, compreensões aprendidas na formação profissional ou pela replicação de discursos massificados pela mídia.

O contexto em que eles estão inseridos parece contribuir para um entendimento de que o assunto droga não lhes diz respeito. A rede de cuidados do município foi descrita como desestruturada e de característica muito biomédica (assim como o próprio CAPS-3), ressaltando a idéia de divisão entre o cuidado oferecido à saúde mental “geral” e o cuidado às pessoas que fazem uso de drogas. Tal divisão dos serviços favorece uma política de encaminhamentos além de contribuir para que a questão do uso de drogas seja tratada como não do escopo do CAPS-3. Essa divisão também parece suscitar sentimentos de impotência e frustração nos profissionais que não se sentem capacitados para lidar de forma satisfatória com o uso de drogas dentro do serviço.

Na busca dos profissionais por compreender quais as motivações para o uso de drogas, explicações morais e biológicas predominaram, ainda assim, os principais motivos apontados foram a evitação de sensações ruins e como uma maneira de tentar lidar com o sofrimento. Essa percepção replica uma hipótese da literatura científica na área de drogas que coloca o uso destas como tentativa de automedicação do paciente frente a seus sintomas. Destaca-se também que o medicamento foi descrito como tendo função central no cuidado ofertado pelo CAPS-3. Compreensões a respeito do uso de drogas como estratégia de automedicação associadas a questionamentos a respeito do uso de medicamentos também podendo ser entendidos como droga, evidenciou uma fronteira não bem demarcada para os profissionais entre o uso de drogas e a saúde mental. Isso talvez dê indícios de porque ainda que haja um esforço para a separação das duas demandas entre os serviços, na prática os profissionais relatam não ser tão simples fazer esta divisão. Além disso, os participantes questionaram os motivos pelos quais algumas drogas são legalizadas e outras não, levantando dúvidas a respeito da hipótese difundida de que a legalidade estaria atrelada à periculosidade da substância.

A identificação do consumo de drogas dos pacientes foi colocada pelos profissionais como algo bastante relevante, sobretudo por entenderem que quando este é feito durante o tratamento psiquiátrico pode ser bastante perigoso, principalmente pela associação química com o medicamento. Porém, os profissionais afirmaram que o CAPS-3 não possui um protocolo específico de como fazer esta identificação do uso, sendo o relato do paciente possibilitado pelo vínculo estabelecido com o profissional. Assim, o vínculo é colocado como principal estratégia utilizada para esta identificação. A identificação do uso é entendida como mais facilmente realizada pelo técnico de enfermagem, que despende mais tempo próximo ao paciente, ou pelo médico, que teria ferramentas para investigar este uso mais profundamente. Após a identificação do uso, este paciente estaria mais vulnerável a julgamentos e preconceito por parte de alguns profissionais. A percepção dos profissionais é a de que ainda que o preconceito não seja explícito, ter seu uso identificado influencia no modo como o usuário é visto pela equipe do CAPS-3, levando muitas vezes a desinvestimentos por parte dos profissionais. Isto pode estar associado a discursos morais que o profissional traz a respeito do uso de drogas e de experiências pessoais com pessoas que consomem drogas. Dessa forma, discursos morais e biomédicos sobre o uso de drogas concorrem nas falas dos profissionais para explicar este fenômeno nos usuários do serviço.

Ao serem colocados em contato com o tema, cada profissional deu visibilidade para algumas drogas em detrimento de outras. O álcool e o crack tiveram mais ênfase na fala dos participantes, sugerindo serem as drogas que aparecem com mais frequência ou causando mais incômodo em seus contextos. A maconha, a cocaína e os medicamentos apareceram também como relevantes. O tabaco foi colocado como exceção, sendo algumas vezes compreendido inclusive como parte do tratamento no CAPS-3.

Frente à problemática apontada por eles, estratégias de cuidado possíveis dividem-se entre aquelas voltadas à redução de danos ou em busca da abstinência. Estratégias de abstinência foram associadas aos sentidos construídos com o uso dos discursos biomédico e moral, dando tamanho poder à droga no organismo que tiraria do indivíduo a possibilidade de controlar seu consumo. Estratégias de redução de danos foram associadas ao discurso psicossocial, reiterando a necessidade de um olhar para a complexidade individual e social da pessoa a fim de traçar estratégias possíveis caso-a-caso. Além disso, propostas de novos serviços ou nova organização da rede, bem como treinamento dos profissionais sobre a questão ou contratação de um especialista em uso de drogas foram apontadas como possíveis saídas para lidar com a questão estudada.

O momento das entrevistas foi ímpar para a construção de sentidos a respeito do uso de drogas feito por pessoas em sofrimento mental. Talvez ações que proporcionem aos profissionais mais espaços para construção de sentidos a respeito do tema, seja de mais ajuda do que apenas uma divisão arbitrária (e aparentemente impossível de ser implementada na prática) entre as duas demandas. Fomentar discussões a respeito do uso de drogas em pessoas em sofrimento mental poderia diminuir a divisão existente entre profissional e paciente, entendendo o sofrimento e as tentativas de enfrentamento como algo não apenas restrito as pessoas com algum diagnóstico de transtorno mental, mas como algo inerente à vida de todos. Além disso, a fala dos participantes indica a necessidade de que este assunto seja discutido de modo mais amplo e aberto dentro dos serviços de saúde mental, amadurecendo a questão para os profissionais, reduzindo o estigma com aqueles que fazem uso de drogas, afinando melhor os discursos da instituição e possibilitando práticas mais coerentes dentro do serviço.

Investigar novas maneiras de como o uso de drogas pode ser identificado e tratado em parceria aos usuários de serviços de saúde mental, aprofundar a discussão a respeito da necessidade da divisão entre a saúde mental dita “geral” e a saúde mental voltada ao cuidado das pessoas que usam drogas, avaliar o quanto a reforma psiquiátrica brasileira e seus serviços comunitários substitutivos têm se implicado no cuidado ao uso de drogas parecem caminhos interessantes para o seguimento da investigação científica nesta área. Entretanto, faz-se caminho ainda mais importante e urgente estender estes questionamentos investigados aqui para os outros atores, como os familiares, mas, sobretudo, para os usuários de serviços. Com isto, seria possível construir com eles espaço propício para novos entendimentos e práticas a este respeito.

Referências

REFERÊNCIAS¹

- Adorno, R. C. F. (2014). Consumos de saúde e os corpos vulneráveis na sociedade brasileira. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 7-11.
- Agabio, R., Marras, P., Gessa, G. L., & Carpiello, B. (2007). Alcohol use disorders, and at-risk drinking in patients affected by a mood disorder, in cagliari, italy: sensitivity and specificity of different questionnaires. *Alcohol and Alcoholism*, 42(6), 575-581.
- Alverga, A. R., & Dimenstein, M. (2006). A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 10(20), 299-316.
- Alves, H., Kessler, F., & Ratto, L. R. C. (2004). Comorbidade: Uso de álcool e outros transtornos psiquiátricos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(supl1), 51-53.
- Alves, V. S., & Lima, I. M. S. O. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: Discursos políticos, saberes e práticas. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319.
- Arseneault, L., Cannon, M., Poulton, R., Murray, R., Caspi, A., & Moffitt, T. E. (2002). Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *British Medical Journal*, 325(23), 1212-1213.
- Benaiges, I., Prat, G., & Adan, A. (2010). Neuropsychological aspects of dual diagnosis. *Current Drug Abuse Reviews*, 3(3), 175-188.
- Beardslee, W.R., Chien, P.L., & Bell, C.C. (2011). Prevention of mental disorders, substance abuse, and problem behaviors: A developmental perspective. *Psychiatric Services*, 62(3), 247-254.
- Benotsch, E. G., Zimmerman, R., Cathers, L., McNulty, S., Pierce, J., Heck, T., ... Snipes, D. (2013). Non-medical use of prescription drugs, polysubstance use, and mental health in transgender adults. *Drug and Alcohol Dependence*, 132(1-2), 391-394.
- Bianconi, F., Bonomo, M., Marconi, A., Kolliakou, A., Stilo, S. A., Iyegbe, C., ... Di Forti, M. (2016). Differences in cannabis-related experiences between patients with a first episode of psychosis and controls. *Psychological Medicine*, 46(5), 995-1003.
- Bourgois, P. (2000). Disciplining addictions: The bio-politics of methadone and heroin in the United States. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(2), 165-195.

¹ De acordo com o estilo APA – American Psychological Association

- Brown, C. G., & Stewart, S. H. (2008). Exploring perceptions of alcohol use as self-medication for depression among women receiving community-based treatment for alcohol problems. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 35(2), 33-47.
- Burr, V. (2003). *Social constructionism* (2nd ed.). New York, NY: Routledge.
- Corbin, W. R., Farmer, N. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Relations among stress, coping strategies, coping motives, alcohol consumption and related problems: A mediated moderation model. *Addictive Behaviors*, 38(4), 1912-1919.
- Corradi-Webster, C. M. (2013). Consumo de drogas: Considerações sobre a clínica no contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 14-20.
- Corradi-Webster, C. M., Laprega, M. R., & Furtado, E. F. (2009). Residentes em psiquiatria têm documentado problemas relacionados ao álcool em pacientes ambulatoriais? *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 31(3), 187-191.
- Corbett M., Nikkel, R. E. & Drake R. E. (2010) Dual diagnosis Anonymous of Oregon. *Psychiatric Services*, 61(8), 738-740.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2001). As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, 25(58), 12-25.
- Crapanzano, K., Vath, R. J., & Fisher, D. (2014). Reducing stigma towards substance users through an educational intervention: Harder than it looks. *Academic Psychiatry*, 38(4), 420-425.
- Crives, M. N. S., & Dimenstein, M. (2003). Sentidos produzidos acerca do consumo de substâncias psicoativas por usuários de um programa público. *Saúde e Sociedade*, 12(2), 26-37.
- Cruz, A. F.S. (2012). Estrutura da saúde mental no Município de Ribeirão Preto. Recuperado de <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/conf-mental/i16estrutura-saude-mental.pdf>
- Dalmolin, B. M., & Vasconcellos, M.P. (2008). Etnografia de sujeitos em sofrimento psíquico. *Revista de Saúde Pública*, 42(1), 49-54.
- Degenhardt, L., Dierker, L., Chiu, W. T., Medina-Mora, M. E., Neumark, Y., Sampson, N.,... Kessler, R. C. (2010). Evaluating the drug use “gateway” theory using cross-national data: Consistency and associations of the order of initiation of drug use among participants in the WHO World Mental Health Surveys. *Drug and Alcohol Dependence*, 108(1-2), 84-97.

- Dimenstein, M. (2004). A reorientação da atenção em saúde mental: Sobre a qualidade e humanização da assistência psicológica. *Ciência e Profissão*, 24(4), 112-117.
- Fiorati, R. C., & Saeki, T. (2013). The prevalence of medical/clinical technology over psychosocial care actions in outpatient mental health services. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2957-2963.
- Fontanella, B. J.B. (2010). Sintomas psicóticos e cognitivos associados à busca de tratamento por dependentes de substâncias: Um estudo qualitativo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 139-145.
- Golub, A., & Johnson, B. D. (2002). The misuse of the 'Gateway Theory' in US policy on drug abusecontrol: A secondary analysis of the muddled deduction. *The International Journal Drug Policy*, 13(1), 5-19.
- Hamilton, I. (2010). Ensuring integrated treatment for people with mental health and substance use problems. *Nursing Times*, 106(11), 12-15.
- Håkansson, A., & Johansson, B. A. (2015). Atypical course in severe catatonic schizophrenia in a cannabis-dependent male adolescent: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 9, 200.
- Hasking, P., Lyvers, M., & Carpio, C. (2011). The relationship between coping strategies, alcohol expectancies, drinking motives and drinking behaviour. *Addictive Behaviors*, 36(5), 479-487.
- Hauli, K. A., Ndeti, D. M., Jande, M. B., & Kabangila, R. (2011). The prevalence of substance use among psychiatric patients: The case study of Bugando Medical Centre, Mwanza (Northern Tanzania). *Substance Abuse*, 32(4), 238-241.
- Howard, V., & Holmshaw, J. (2010). Inpatient staff perceptions in providing care to individuals with co-occurring mental health problems and illicit substance use. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17(10), 862-872.
- Kleinman, A. (1991). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York, NY: The Free Press.
- Latt, N., Jurd, S., Tennant, C., Lewis, J., Macken, L., Joseph, A., ... Long, L. (2011). Alcohol and substance use by patients with psychosis presenting to an emergency department: changing patterns. *Australasian Psychiatry*, 19(4), 354-359.

- Lei No. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001). In Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Legislação em Saúde Mental: 1990-2004* (5a ed., pp. 243-251). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Liang, W., Lenton, S., Allsop, S., & Chikritzhs, T. (2011). Does availability of illicit drugs mediate the association between mental illness and substance use? *Substance Use & Misuse*, 46(10), 1304-1308.
- Lyons, E., & Coyle, A. (Eds.). (2007). *Analysing qualitative data in psychology*. London, United Kingdom: Sage.
- Magura, S., Rosenblum, A., & Fong, C. (2011). Factors associated with medication adherence among psychiatric outpatients at substance abuse risk. *The Open Addiction Journal*, 4, 58-64.
- Marconi, A., Di Forti, M., Lewis, C. M., Murray, R. M., & Vassos, E. (2016). Meta-analysis of the association between the level of cannabis use and risk of psychosis. *Schizophrenia Bulletin*. Retrieved from <http://schizophreniabulletin.oxfordjournals.org/content/early/2016/02/12/schbul.sbw003.full>
- Martins, E. R. C., & Corrêa, A. K. (2004). Lidar com substâncias psicoativas: O significado para o trabalhador da enfermagem [Número Especial]. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 398-405.
- Matusow, H., Rosenblum, A., Fong, C., Laudet, A., Uttaro, T., & Magura, S. (2012). Factors associated with mental health clinicians' referrals to 12-Step groups. *Journal of Addictive Diseases*, 31(3), 303-312.
- Medeiros, R. (2014). Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 105-117.
- Merlo, L. J., Singhakant, S., Cummings S. M., & Cottler, L. B. (2013). Reasons for misuse of prescription medication among physicians undergoing monitoring by a physician health program. *Journal of Addiction Medicine*, 7(5), 349-353.
- Mezzina, R. (2014). Da desinstitucionalização à recovery e à cidadania: notas de Trieste. In Sade, R. M. S. *Portas abertas: do manicômio ao território* (pp.181-216). Entrevistas triestinas. Marília: Cultura Acadêmica.
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2002a). *Portaria No. 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002*. Estabelece que os centros de atenção psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades

- de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Recuperado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria%20GM%20336-2002.pdf>
- Ministério da Saúde. (2002b). *Portaria No. 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Estabelece que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único. Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html
- Ministério da Saúde (2011). *Portaria No. 3088, de 23 de dezembro de 2011*. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Recuperado de http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS. (2004). *A política do Ministério da Saúde para atenção integral a usuários de álcool e outras drogas* (2aed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Miranda, L., Oliveira, T. F.K., & Santos, C.B.T. (2014). Estudo de uma rede de atenção psicossocial: Paradoxos e efeitos da precariedade. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(3), 592-611.
- McNamee, S., & Hosking, D.M. (2012). *Research and social change: A relational constructionist approach*. New York, NY: Routledge.
- Monica, C., Nikkel, R. E., & Drake, R. E. (2010). Alcohol & drug abuse: Dual diagnosis anonymous of Oregon. *Psychiatric services*, 61(8), 738-740.
- Mordal, J., Holm, B., Gossop, M., Romoren, M., Morland, J., & Bramness, J. G. (2011). Psychoactive substance use among patients admitted to an acute psychiatric ward: Laboratory findings and associations with clinical characteristics. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65(3), 208-215.
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R.E., Jones, P. B., Burke, M. & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319-328.
- Nehlin, C., Fredriksson, A., & Jansson, L. (2012). Brief alcohol screening in a clinical psychiatric population: Special attention needed. *Drug and Alcohol Review*, 31(4), 538-543.

- Nehlin, C., Grönbladh, L., Fredriksson, A., & Jansson, L. (2012). Brief alcohol intervention in a psychiatric outpatient setting: a randomized controlled study. *Addiction Science & Clinical Practice*, 7(1), 23.
- Ness, O., Borg, M., Semb, R., & Karlsson, B. (2014). "Walking alongside:" collaborative practices in mental health and substance use care. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 55.
- Nutt, D. J., King, L. A. & Phillips, L. D., (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet*, 376, 1568-1565.
- Oliveira, R. M. de, & Furegato, A. R. F. (2014). Impact and Barriers for the Restriction of Smoking During Psychiatric Hospitalization: An Integrative Review. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24(58), 261-270.
- Oliveira, R. M., Siqueira Júnior, A. C., & Furegato, A. R. (2015). The meaning of smoking for patients with mental disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(2), 127-134.
- Oliveira, S. R., & Piccinini, V. C. (2009). Validade e reflexividade na pesquisa qualitativa. *Cadernos EBAPE.BR*, 7(1), 88-98.
- Onocko-Campos, R. T., Passos, E., Palombini, A. L., Santos, D. V. D., Stefanello, S., Gonçalves, L. L.M., ... Borges, L.R. (2013). A gestão autônoma da medicação: Uma intervenção analisadora de serviços em saúde mental. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2889-2898.
- Ostacher, M. J., Perlis, R. H., Nierenberg, A. A., Calabrese, J., Stange, J. P., Salloum, I., ... Sachs, G. S. (2010). Impact of substance use disorders on recovery from episodes of depression in bipolar disorder patients: Prospective data from the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 167(3), 289-297.
- Pillon, S. C., & Luis, M. A. V. (2004). Modelos explicativos para o uso de álcool e drogas e a Prática da enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 676-682.
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da reforma psiquiátrica brasileira: Instituições, atores e políticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Potter, J., & Wetherrel, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behaviour*. London, United Kingdom: Sage.
- Power, B. D., Dragovic, M., Jablensky, A., & Stefanis, N. C. (2013). Does accumulating exposure to illicit drugs bring forward the age at onset in schizophrenia? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 47(1), 51-58.

- Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. (2013). *Plano Municipal de Saúde 2014-2017*. Recuperado de <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br>
- Prochaska, J. J. (2010). Failure to treat tobacco use in mental health and addiction treatment settings: A form of harm reduction? *Drug and Alcohol Dependence*, 110(3), 177-82.
- Quinderé, P. H. D., Jorge, M.S. B., & Franco, T.B. (2014). Rede de atenção psicossocial: Qual o lugar da saúde mental? *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 24(1), 253-271.
- Roche, A. M., Duraisingam, V., Wang, P., & Tovell, A. (2008). *Alcohol & other drugs, mental health & comorbidity: A training review*. Adelaide, Australia: National Centre for Education and Training on Addiction (NCETA)/Flinders University.
- Rodrigues, T. M. S. (2002). A infindável guerra americana: Brasil, EUA e o narcotráfico no continente. *São Paulo em Perspectiva*, 16(2), 102-111.
- Rossi Menezes, P., & Ratto, L. R. (2004). Prevalence of substance misuse among individuals with severe mental illness in São Paulo. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(3), 212-217.
- Sacks, S., Chaple, M., Sirikantraporn, J., Sacks, J. Y., Knickman, J., & Martinez, J. (2013). Improving the capability to provide integrated mental health and substance abuse services in a state system of outpatient care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 44(5), 488-493.
- Santos, V. E., & Soares, C. B. (2013). O consumo de substâncias psicoativas na perspectiva da saúde coletiva: Uma reflexão sobre valores sociais e fetichismo. *Saude & Transformação Social*, 4(2), 38-54,
- Schoeler, T., Monk, A., Sami, M. B., Klamerus, E., Foglia, E., Brown, R., ... Bhattacharyya, S. (2016). Continued versus discontinued cannabis use in patients with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(3), 215-225.
- Schlosser, A. V., & Hoffer, L. D. (2012). The psychotropic self/imaginary: Subjectivity and psychopharmaceutical use among heroin users with co-occurring mental illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 36(1), 26-50.
- Schneier, F.R., Foose, T.E., Hasin, D.S., Heimberg, R.G., Liu, S.M., Grant, B.F., & Blanco, C. (2010). Social anxiety disorder and alcohol use disorder co-morbidity in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Psychological Medicine*, 40(6), 977-988.

- Schulden, J. D., Lopez, M. F., & Compton, W. M. (2012). Clinical implications of drug abuse epidemiology. *The Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), 411-423.
- Silva, C. R., Kolling, N. M., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M., & Kristensen, C. H. (2009). Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: Um estudo exploratório. *Aletheia*, (30), 101-112.
- Souza, A. R. L., Opaleye, E. O., & Noto, A. R. (2013). Contextos e padrões do uso indevido de benzodiazepínicos entre mulheres. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(4), 1131-1140.
- Spink, M. J. & Medrado, B. (2004). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In Spink, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.) (Cap. 2). São Paulo, SP: Cortez .
- Spink, M. J. & Menegon, V. M. (2004). A pesquisa como prática discursiva: superando os horrores metodológicos. In Spink, M. J. (Org.) *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: Aproximações teóricas e metodológicas* (3a ed.) (Cap. 3). São Paulo, SP: Cortez .
- Spink, M. J. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496.
- Spink, P. K. J. (2003). Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. *Psicologia & Sociedade*, 15(2), 18-42.
- Steffenak, A.K.M., Nordstrom, G., Wilde-Larsson, B., Skurtveit, S., Furu, K., & Hartz, I. (2012). Mental distress and subsequent use of psychotropic drugs among adolescents—A prospective register linkage study. *Journal of Adolescent Health*, 50(6), 578-587.
- Taylor, S. (2008). Locating and conducting discourse analytic research. In M. Wetherell, S. Taylor, & S. Yates (Eds.), *Discourse as data: A guide for analysis* (3rd. ed., pp. 5-48). London, United Kingdom: Sage.
- Thomas, A. C., Staiger, P. K., & McCabe, M. (2012). Implementation and evaluation of brief depression and anxiety screening in clients contacting a drug and alcohol service. *Drug and Alcohol Review*, 31(3), 303-310.
- Thornton, L. K., Baker, L. A., Lewin, T. J., Kay-Lambkin, F. J., Kavanagh, D., Richmond, E., ... Johnson, M. P. (2012). Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addictive Behaviors*, 37(4), 427-434.

- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *The International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Torcato, C. E. M., Soares, C. B., Corradi-Webster, C. M., Carneiro, H. S., & Adorno, R. C. F. (2013). Drogas e sociedade [Editorial]. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 1-4.
- Tosato, S., Lasalvia, A., Bonetto, C., Mazzoncini, R., Cristofalo, D., De Santi, K., ... Ruggeri, M. (2013). The impact of cannabis use on age of onset and clinical characteristics in first-episode psychotic patients. Data from the Psychosis Incident Cohort Outcome Study (PICOS). *Journal of Psychiatric Research*, 47(4), 438-444.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2013). Stigma among health professionals towards patients with substance use disorders and its consequences for healthcare delivery: Systematic review. *Drug and Alcohol Dependence*, 131(1-2), 23-35.
- Van Boekel, L. C., Brouwers, E. P., van Weeghel, J., & Garretsen, H. F. (2014). Healthcare professionals' regard towards working with patients with substance use disorders: Comparison of primary care, general psychiatry and specialist addiction services. *Drug and Alcohol Dependence*, 134, 92-98.
- Vieira, F. S., Caldana, H. L., & Corradi-Webster, C. M. (2013). Relatos de auxiliares de enfermagem psiquiátricos sobre suas práticas e sobre pessoas internadas por uso compulsivo de substâncias psicoativas. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 139-148.
- Walsh, R., Schweinfurth, L., & Dickerson, F. (2015). Smoking and smoking cessation treatment among hospitalized psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 66(4), 442-443.
- Williamson, A. E., Johnson, P. C. D., Mullen, K., & Wilson, P. (2012). The disappearance of the "revolving door" patient in Scottish general practice: successful policies. *BMC Family Practice*, 13, 95.
- Willig, C. (2005). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and method* (5th ed.). Berkshire, United Kingdom: Open University Press.
- Yasui, S. (2010). *Rupturas e encontros: Desafios da reforma psiquiátrica brasileira*. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz.
- Zeferino, M. T., Santos, V. E. P., Radünz, V., Carraro, T. E., & Frello, A. T. (2006). Enfermeiros e uso abusivo de drogas: Comprometendo o cuidado de si e do outro. *Revista Enfermagem UERJ*, 14(4), 599-605.

Apêndices

APÊNDICE A

Roteiro de entrevista

Gostaria de conhecer um pouco mais sobre você:

Qual sua formação profissional?

Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

Há quanto tempo trabalha em saúde mental?

Vamos conversar agora sobre o consumo de drogas:

Qual é a sua visão pessoal a respeito do uso de drogas?

Existem diferentes tipos de drogas. Como você vê o consumo de cada uma delas?

Como você vê o usuário de drogas?

O que você acha sobre o consumo de drogas por pessoas que apresentam algum diagnóstico psiquiátrico?

Vamos conversar agora sobre sua experiência prática no serviço:

Em sua prática profissional, você lida com questões relacionadas ao consumo de drogas? Como estas questões aparecem aqui no serviço (considerando as diferentes modalidades de atenção prestadas, internação, semi-internação, ambulatório e urgência)?

Como você identifica o consumo de drogas entre os pacientes do serviço? A identificação ou suspeita de que o paciente faz uso de alguma substância não prescrita altera de alguma maneira a avaliação, manejo ou as metas do projeto terapêutico do paciente? Se sim, como?

O que você acha sobre o consumo de drogas durante o tratamento?

Quais as responsabilidades de um profissional do CAPS III para lidar com esse tema?

Quais sugestões você teria para uma melhor adequação de serviços desse tipo a essa característica de demanda?

Qual a influência da atual organização da rede de atenção a saúde no modo como lidam com esta questão?

Existe algo que você acredita que a sua profissão possa contribuir de maneira única para as questões abordadas?

Pensando em sua formação, o que tem lhe ajudado no cuidado necessário a pacientes psiquiátricos que fazem uso de algum tipo de substância?

Quais são os desafios que você enfrenta para lidar com esta questão?

Para finalizar, eu gostaria de pedir que você relatasse uma experiência que teve neste serviço que envolveu o atendimento a alguém que consumia alguma droga?

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO FACULDADE DE FILOSOFIA, CIÊNCIAS E LETRAS DE RIBEIRÃO PRETO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

Atualmente há muitas pessoas sofrendo com problemas emocionais e que também fazem uso de substâncias psicoativas, como bebidas alcoólicas e outras. Muitas destas pessoas procuram serviços de saúde mental. Assim, você está sendo convidado a participar desta pesquisa que tem como objetivo conhecer de que maneira os profissionais de um serviço de saúde mental entendem o consumo de substâncias por pessoas que apresentam um quadro clínico psiquiátrico. Além disso, queremos conhecer quais são as práticas produzidas a partir desse contexto. O nome deste estudo é “Práticas e sentidos produzidos por profissionais de um serviço de saúde mental sobre o consumo de drogas por pessoas que apresentam um quadro clínico psiquiátrico”.

Iremos te fazer algumas perguntas e pedimos a autorização para gravarmos esta conversa, que posteriormente será transcrita. Caso você concorde em participar, esta entrevista será mantida sob a responsabilidade e a guarda do pesquisador-responsável. A entrevista será conduzida no seu horário de trabalho e combinaremos este horário antecipadamente com você de modo que não atrapalhe sua rotina de atividades. O seu nome será mantido em sigilo e as informações serão consideradas como confidenciais. É importante que você saiba que as informações coletadas poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, sempre preservando sua identificação.

Não há nenhum desconforto ou risco previsto em participar. A única coisa que lhe pedimos é o tempo que você terá que gastar para participar da entrevista, sendo este em torno de 30 minutos à uma hora. Se apesar disso, algo lhe causar algum tipo de desconforto ou constrangimento, você poderá deixar de responder sem precisar justificar seus motivos. Não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro, já que com a participação na pesquisa você não terá nenhum gasto.

As informações que você nos fornecer serão úteis para podermos melhorar o planejamento dos serviços de saúde e para o treinamento dos profissionais.

Agradecemos sua colaboração e colocamo-nos à disposição para esclarecimentos que se fizerem necessários, durante e depois da entrevista. Este termo está em duas vias, uma ficará com você e outra com o pesquisador responsável apenas para arquivamento.

Estando de acordo:

Nome: _____ RG: _____

Assinatura: _____

Pesquisadores responsáveis:

- Eduardo Augusto Leão - Mestrando do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP

- Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster - Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP
(16) 3602.4811 - clarissac@usp.br

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 3 - sala 16 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Fone: (16) 3602-4811 / Fax: (16) 3633-2660
E-mail: coetp@ffclrp.usp.br