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

CRISTIANA NELISE DE PAULA ARAUJO

**Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a
internação involuntária ou compulsória**

Ribeirão Preto

2018

CRISTIANA NELISE DE PAULA ARAUJO

**Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a
internação involuntária ou compulsória**

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

Área de concentração:
Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Orientadora: Profa. Dr. Clarissa M. Corradi-
Webster

Apoio: FAPESP

Ribeirão Preto

2018

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.

Araujo, Cristiana Nelise de Paula

Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória. Ribeirão Preto, 2018.
248 p.: il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto /USP. Área de concentração: Psicologia em Saúde e Desenvolvimento.

Orientadora: Mendonça Corradi-Webster, Clarissa.

1. Hospitalização. 2. Família. 3. Usuários de Drogas.

Araujo, C. N. P. (2018). *Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

ERRATA

Folha	Linha
Apoio financeiro	01

Onde se lê:

Projeto foi financiado pela FAPESP – processo nº 2015/22929-7.

Leia-se:

Projeto de mestrado financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES), processo nº 2015/22929-7, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Projeto de Estágio de Pesquisa no Exterior (BEPE) financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), processo nº 2017/05171-9, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

Folha	Linha
Agradecimentos	23 e 24

Onde se lê:

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo por financiar essa pesquisa, processo nº 2015/22929-7.

Leia-se:

Agradeço à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) e à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) por financiarem essa pesquisa, processo nº 2015/22929-7, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). Agradeço, também, à Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP) por financiar a Bolsa Estágio de Pesquisa no Exterior (BEPE)

nos Estados Unidos da América, processo nº 2017/05171-9, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

FOLHA DE APROVAÇÃO

Araujo, Cristiana Nelise de Paula

Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória

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

Área de concentração:
Psicologia em Saúde e Desenvolvimento

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

APOIO FINANCEIRO

Projeto foi financiado pela FAPESP – processo nº 2015/22929-7.

AGRADECIMENTOS

Aos participantes da pesquisa, fundamentais para realização deste trabalho, que se disponibilizaram a compartilhar vivências e sentimentos tão íntimos.

Ao Amor Exigente pela participação nesta pesquisa.

Aos meus pais, Maria do Carmo e Luiz, por me inspirarem a persistir na realização dos meus sonhos e pelo apoio. Muito obrigada!

Ao meu querido esposo, Pedro, companheiro de todas as horas, por me fazer rir mesmo nos momentos mais difíceis. Suas palavras de incentivo foram muito importantes para realização deste trabalho. Obrigada por me inspirar a buscar a carreira acadêmica.

Aos meus irmãos, Marcos Alexandre, Luiz Claudio e Márcio, pela convivência e pelo apoio, por me possibilitarem aprender com pontos de vista tão diferentes.

Aos meus familiares, que mesmo de longe me apoiaram a buscar o melhor para meu futuro. Obrigada pelo carinho. Em especial ao meu avô Dico (*in memoriam*) e minha madrinha Irene, pessoas essenciais para que eu estivesse aqui hoje.

Aos meus sogros, Rubens e Marilvia, pelo apoio e compreensão.

À minha orientadora, Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster, por confiar no meu trabalho e pela parceria que desenvolvemos durante este percurso de pesquisa. Nossas conversas contribuíram para meu crescimento como pesquisadora e como docente.

À minha supervisora de estágio científico no exterior, Profa. Dra. Sheila McNamee, com quem aprendi sobre o potencial transformador da postura relacional. Muito obrigada pelo carinho, paciência e amizade durante essa experiência tão especial para mim! *I would like to thank my scientific supervisor in United States, Dr. Sheila McNamee, who taught me about the potential of transformation through a relational position. Thank you for the kindness, patience, and friendship during this experience that was so special for me!*

Aos colegas do Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade (Lepsis), nossas discussões contribuíram significativamente para o desenvolvimento deste estudo.

À Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi e ao Prof. Dr. Marcelo Dalla Vecchia pelas reflexões compartilhadas no meu exame de qualificação que muito enriqueceram este trabalho.

Ao Laboratório de Pesquisa e Estudo em Práticas Grupais (LAPEPG), coordenado pela Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi, por me acolher e compartilhar suas experiências de pesquisa.

Ao amigo e colega Jean, obrigada por compartilhar comigo conhecimentos construcionistas sociais e fazer parte do meu cotidiano quando eu estava tão longe de casa. Amigo de muitas conversas sobre a vida, o mundo e de muitas risadas. *Thank you Jean for sharing with me all your knowledge in social constructionism and being part of my daily life when I was so far from home. Friend of good talks about life, world and laughs. Merci beaucoup!*

Às minhas colegas de estágio docência, Gabi, Loraine e Aline, pelas trocas de experiência.

À Ana Flávia Santos e Karinne Albuquerque, amigas que sempre me incentivaram a enfrentar novos desafios.

À Stella Vilar, pelos diálogos e parcerias durante o mestrado.

Aos amigos da UNH, Hung Yuan, Carina, Otávio, Júlia Vieira, Jiedine, Medine, Emilie Viennet, pela amizade, carinho e apoio durante esta jornada. *Thank you for all your friendship, kindness and support through this journey!*

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo por financiar essa pesquisa, processo nº 2015/22929-7.

“The limits of my language mean the limits of my world.”
(Ludwig Wittgenstein, *Philosophical Investigations*)

RESUMO

Araujo, C. N. P. (2018). *Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória* (Dissertação de Mestrado). Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

No Brasil, políticas de saúde que incluem o cuidado aos usuários de álcool e outras drogas são recentes. Apesar da existência de serviços comunitários, a internação dos usuários é algo muito frequente. Nos últimos anos, as modalidades de internação compulsória e involuntária passaram a ser aplicadas em larga escala, principalmente, por meio de solicitações dos familiares de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Estudos demonstram que há poucas evidências científicas acerca da efetividade de tais internações. O objetivo deste estudo foi compreender como os sentidos sobre a internação involuntária e/ou compulsória da pessoa que usa álcool e outras drogas foram construídos com seus familiares. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo, com referencial teórico construcionista social. O *corpus* foi composto por 15 entrevistas semiestruturadas feitas com familiares de usuário de drogas que foram, anteriormente, internados involuntariamente e/ou compulsoriamente. A técnica utilizada para a seleção destes participantes foi a bola de neve. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP. Em primeiro lugar, foi realizada análise temática das entrevistas, considerando a construção dos sentidos dentro do contexto histórico-cultural, as experiências de vida e as interações sociais. A seguir, foi realizado um estudo de caso de uma das entrevistas realizadas, com o objetivo de analisar discursos envolvidos no processo de busca de internações involuntárias e compulsórias. Para isto, foi selecionada a entrevista de uma participante que havia solicitado 23 internações involuntárias e cinco compulsórias para seu filho. O *corpus* dessa análise consistiu na entrevista semiestruturada e notas de campo que foram elaboradas a partir das conversas com a participante. A partir da análise temática foram construídos quatro temas: (1) **Sentidos sobre internações involuntárias e compulsórias**, em que as internações foram construídas como formas de educar, cuidar e proteger o usuário dos perigos da rua, dos traficantes, de ser preso e de morrer, alcançar abstinência e alívio principalmente para os familiares. (2) **Consequências do uso problemático de drogas**, como relatos de mudanças negativas no comportamento do usuário, acúmulo de perdas na vida do usuário e a percepção de estigma. (3) **Sentimentos da família**, envolvendo culpa, desespero, frustração, vergonha, medo e desesperança diante do problema. (4) **Tentativas mal sucedidas de resolver o problema**, diante do desconhecimento de serviços ambulatoriais e do foco apenas na

abstinência. A partir do estudo de caso, foram construídas três narrativas: (1) discurso individualista e discurso do déficit sobre seu filho que ao ser posicionado como alguém que é definido pelas suas falhas passa a ser internado repetidamente; (2) Discurso individualista e culpabilização da mãe uma vez que ela é descrita como superprotetora, inadequada e impotente; (3) Discurso alternativo baseado na perspectiva relacional que convidaria mãe e filho a se engajar em uma conversa colaborativa, criando um contexto onde novas formas de entendimento poderão surgir. Considera-se que para reduzir o número de reinternações dos usuários de drogas é necessário apoiar seus familiares por meio da ampliação da rede de cuidados, orientação sobre tratamentos ambulatoriais e acolhimento dos sentimentos e angústias da família.

Palavras chave: Hospitalização. Família. Usuários de Drogas.

ABSTRACT

Araujo, C. N. P. *Meanings constructed with Family members of drug users about involuntary or compulsory hospitalizations* (Master Thesis). Faculty of Philosophy, Sciences and Letters at Ribeirão Preto of USP, University of São Paulo, Ribeirão Preto.

In Brazil, the health policies that include care for alcohol and other drug users are recent. Despite the existence of community services, the drug users' hospitalization is very frequent. Over the last years, compulsory and involuntary hospitalization has been applied on a large scale, especially, requested by families of people who consume alcohol and drugs. Studies shown few scientific evidences of the efficiency of those hospitalizations. This study aims to understand how the meanings about the compulsory or involuntary hospitalization of the person that uses alcohol and other drugs were constructed with the families. To achieve this, it has been a qualitative study, with social constructionist referential. The corpus consisted in 15 semi-structured interviews conducted with the families of drug users that were previously taken by involuntary or compulsory hospitalization. The selection participant technique was made through snowball selection. The project was approved in the Ethical Committee of FFCLRP-USP. In first place, it was made thematic analysis of interviews, considering the construction of meanings inside the historic-cultural context, their experiences of life, and their social interactions. In second place, a case study was made through one of the interviews conducted in order to analyze discourses involved in the seeking process of involuntary and compulsory hospitalizations. To achieve this, it was selected an interview with a participant who had requested 23 involuntary and five compulsory hospitalizations for her son. The *corpus* of analysis consisted by the full transcription of this interview and the field notes referring to it. Through the thematic analysis was constructed four themes: (1) **Meanings about involuntary and compulsory hospitalization**, in which the hospitalizations were construed such as education, care, abstinence, relief mainly for family members, protection from the dangers of the street, from drug dealers, police, and death. (2) **Problematic drug use's consequences**, such as reports of changes in the user behaviors, accumulation of losses in the drug user's life, and the perceived stigma. (3) **Feelings of the family**, involving guilt, despair, frustration, shame and hopelessness in the face of this problem. (4) **Attempts to help the family member**, due to not knowing the community services for drug treatment and to focus only on abstinence. Through the discourses analysis, it were constructed three narratives: (1) individualistic discourse and deficit discourse that helped to position her son as somebody who is defined by his failures, and resulting in new hospitalizations. (2) Individualistic discourse and blaming the

mother since she was described as overprotective, flawed, and powerless. (3) Alternative discourse based on the relational perspective that invited the mother and son to engage in a collaborative conversation, creating a context where new forms of understanding can emerge. In order to reduce the number of hospitalizations of drug users, it is necessary to support their relatives by publicizing services for community treatment, and helping the family to deal with distress.

Keywords: Hospitalization. Family. Drug Users.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Fases da análise temática.....	96
Figura 2 - Temas e subtemas.....	101
Figura 3 – Tema Sentidos construídos sobre a internação involuntária e compulsória.....	105
Figura 4 - Tema Consequências do uso problemático de drogas.....	129
Figura 5 - Tema Sentimentos da família.....	157
Figura 6 - Tema Tentativas de ajudar o familiar.....	175

Sumário

APRESENTAÇÃO	23
1. DROGAS E SOCIEDADE.....	31
2. PRIMEIRAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS	41
3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL	51
4. CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS	61
5. SOBRE A FAMÍLIA DOS USUÁRIOS DE DROGAS	69
6. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA	77
7. OBJETIVOS	81
Objetivos específicos:	81
8. PERCURSO METODOLÓGICO	85
8.1 Delineamento teórico metodológico	85
8.2 Local	87
8.3 Participantes	89
8.4 Instrumento	93
8.5 Coleta de dados	93
8.6 Análise dos dados	95
8.7 Considerações éticas	98
9. RESULTADOS E DISCUSSÃO	101
9.1 Sentidos construídos sobre a internação involuntária e compulsória	105
9.2 Consequências do uso problemático de drogas	129
9.3 Sentimentos da família.....	157
9.4 Tentativas de ajudar o familiar	175
9.5 Estudo de caso sobre experiências de uma mãe solicitando internações involuntárias e compulsórias para seu filho usuário de drogas	197
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS	211
REFERÊNCIAS	217
APÊNDICES	241
APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista	241
APÊNDICE B - Termo de Consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes da pesquisa.....	243
ANEXOS	247
Anexo A – Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para realização desta pesquisa.....	247

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

Este trabalho é sustentado por uma perspectiva pós-moderna de ciência para a qual a construção de conhecimento ocorre por meio de um processo relacional inserido em um determinado contexto histórico e cultural. Ao se engajar no processo de pesquisa, o pesquisador traz consigo histórias já vividas, interesses e perspectivas sobre o tema a ser estudado, formas particulares de olhar certas pessoas, grupos e instituições. Dentro da epistemologia construcionista social, o pesquisador é convidado a refletir sobre como seus interesses, valores e posicionamentos diante do tema estudado contribuem para o desenvolvimento do processo de pesquisa, analisando criticamente cada decisão tomada (Spink, 2013). Sendo assim, considero importante iniciar este trabalho contando um pouco como meu interesse por questões contidas no campo de álcool e outras drogas e como a pergunta dessa pesquisa foram se construindo, e de que modo minhas vivências contribuíram para o desenvolvimento da presente pesquisa.

Meu primeiro contato com o mundo da pesquisa se deu ao longo da graduação na Universidade Federal de Uberlândia- MG (UFU) quando desenvolvi um projeto de iniciação científica. Naquela época, me dediquei sobre o estudo das taxas de suicídio ocorridas no município de Uberlândia, sob a supervisão da Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera. Esta experiência me proporcionou muito aprendizado sobre epidemiologia, saúde pública, saúde mental e sobre o processo reflexivo que a atividade de pesquisa requer. Entretanto, enquanto realizava análise documental senti o desejo de escutar o que as pessoas poderiam contar sobre suas histórias. Ao longo das minhas experiências com estágios e depois em minha atuação profissional pude perceber o quão importante é considerar o contexto histórico e cultural na construção dos nossos sentidos sobre o mundo e sobre os nossos problemas. O que me convidaria mais tarde a retornar ao contexto acadêmico para realização desta pesquisa.

Ao longo da graduação, minha aproximação com o campo de estudos da saúde mental se deu na disciplina de Psicopatologia Geral II, conduzida pela Profa. Dra. Maria Lúcia Castilho Romera, por meio do Projeto Aluno-Amigo em que realizei visitas cotidianas a uma paciente durante o período em que ela estava internada na enfermaria psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Esta experiência me motivou a realizar leituras e aprofundar meus estudos sobre as formas como a loucura foi construída em diferentes períodos históricos. A partir daí fui trilhando um caminho alinhado às ideias defendidas pelo movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira. Ainda na graduação realizei estágio com oficinas terapêuticas desenvolvidas com pacientes que tinham diagnóstico de esquizofrenia.

Durante este estágio aprendi muito com os participantes do grupo que compartilhavam suas histórias e opiniões sobre a internação psiquiátrica, muitas vezes, nas nossas andanças por Uberlândia discutíamos o sentido dessas internações. Ainda que estas experiências não estivessem diretamente relacionadas ao campo de estudo sobre drogas, estas contribuíram para as minhas reflexões e inquietações sobre as internações no campo da saúde mental e influenciaram na minha prática profissional e de pesquisa. Neste mesmo período assistimos ao filme *Bicho de Sete Cabeças*, produzido em 2001, que mostra a história de um jovem que foi internado involuntariamente pelos pais após encontrarem um punhado de maconha nas coisas do filho, e nos coloca diante de uma instituição psiquiátrica iatrogênica. A discussão sobre este filme com os colegas de graduação deixou algumas inquietações sobre a questão de saúde mental das pessoas que fazem uso de drogas.

Nos últimos anos de faculdade já acompanhava as notícias sensacionalistas sobre a questão do uso de drogas, principalmente, do uso de crack e das cenas de uso de crack, mais conhecidas como *cracolândia*. Recordo do meu primeiro contato com aquela região quando saí do interior de Minas Gerais, Uberlândia, e fui a São Paulo pela primeira vez para participar do III Congresso Brasileiro Psicologia: Ciência e Profissão, em 2010. Recordo do medo que eu sentia por estar na segunda maior cidade da América Latina e por ter que passar pelas cenas de uso. Mesmo nunca tendo estado naquela região eu já havia construído sobre esta uma imagem negativa e, principalmente, violenta. Tal imagem pôde ser construída pelo meu contato com reportagens da mídia escrita e televisas e conversas com pessoas do meu cotidiano que demonizavam as cenas de uso de drogas no centro de São Paulo. Entretanto, além do medo me restou empatia e inquietação com um cenário de pobreza. Visualizei muita gente no meio de ruas sujas e ao lado de prédios abandonados, marcados pelo descuido. A realidade que eu visualizei me colocou em estranhamento com a imagem previamente construída sobre esta região, ficando para mim algumas questões: As pessoas estão ali por causa do uso de drogas? Elas escolheram estar ali? Por que alguém escolheria estar ali? Quais histórias de vida aquelas pessoas me contariam? Onde estariam estas histórias?

Tais histórias permanecem ofuscadas por descrições naturalizadas sobre a falta de controle do usuário sobre a droga, como foi apresentado no documentário de José Padilha “Ônibus 174”. O documentário retrata o sequestro de um ônibus na zona sul do Rio de Janeiro, em 2000, que foi filmado e transmitido ao vivo por 4 horas. O autor nos mostra como a mídia enfatizou o fato do sequestrador, Sandro do Nascimento, ser morador de rua e usuário de drogas, justificando que isto teria motivado o assalto. Esta narrativa deixava de lado a história de exclusão social vivida por ele, que era filho de pai desconhecido, havia presenciado a morte da

mãe aos cinco anos de idade, viveu em situação de rua e tinha sobrevivido à Chacina da Candelária, passando por instituições socioeducativas e prisões. A forma como a mídia narrou o evento e a forma como a polícia agiu neste caso, colocando Sandro como a representação do mal que ameaçava toda a sociedade brasileira, contribuiu para a construção do pânico moral em torno dos usuários de drogas.

O pânico moral construído em torno das questões de droga tem repercussões nos tipos de ações adotadas em diferentes esferas da nossa sociedade, incluindo ações da esfera governamental. No âmbito político, em 2010, acompanhamos o aumento do financiamento das internações pelo Governo Federal, a partir da criação do Programa Crack é Possível Vencer. Em 2012, o governo municipal de São Paulo realizou várias ações policiais com objetivo de reprimir o tráfico e dispersar a população que ocupava as cenas de uso de drogas na região central da cidade de São Paulo, onde se concentram muitos moradores de rua, o que gerou uma série de detenções e internações compulsórias de usuários de drogas. No ano seguinte, o Governo do Estado de São Paulo estabeleceu o Programa Recomeço, ampliando o financiamento de internações de usuários de drogas, principalmente, em comunidades terapêuticas.

Depois de formada trabalhei como psicóloga no Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, na Prefeitura Municipal de Sertãozinho (2013-2015), desenvolvendo diversas ações de orientação e garantia de direitos a população consideradas em situação de vulnerabilidade social. Durante este período, o governo municipal realizou uma pesquisa na qual a população apontou como principal demanda o problema de uso de drogas. Eu coordenava grupos com adolescentes que tinha como um dos seus objetivos a prevenção do uso de drogas. Nestes grupos pude observar o quão complexa era a questão das drogas. Os adolescentes viam nas drogas um forma de conquistar respeito perante sua comunidade e de conseguirem poder econômico de forma mais rápida diante da dificuldade de acessar uma educação de qualidade e inúmeras outras dificuldades. Simultaneamente, mães buscavam atendimento no CRAS com a suspeita de que seus filhos estavam usando maconha e apontavam como primeira alternativa a internação para que seu filho interrompesse o consumo. Meu trabalho era pensar com aquelas mães o contexto do uso de drogas que se apresentava, o objetivo das internações e o que elas esperavam com aquelas internações.

Em 2014, tive a oportunidade de trabalhar no Ambulatório de Saúde Mental de Pontal – SP, onde realizei atendimentos psicoterapêuticos de familiares de usuários de drogas, que também percebiam a internação involuntária como solução para o problema, solicitando reinternações involuntárias para seus filhos. Sensibilizada com o sofrimento apresentado por

mães relacionado ao campo de álcool e outras drogas busquei me aproximar deste campo de estudos. Frente a isso, novas perguntas surgiram: o que estas famílias esperam destes tipo de internação? O que leva as famílias a decidir pelas internações forçadas? Qual a experiência das famílias com os serviços ambulatoriais?

Foi a partir destas indagações que busquei ampliar meu olhar sobre o tema, trocar experiência com meus pares e buscar conhecimentos que estavam sendo produzidos pela comunidade acadêmica. Participei da 44ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia e minha ida a este evento científico foi fundamental para que este trabalho ocorresse, pois tive a oportunidade de conhecer o trabalho desenvolvido pela Profa. Dra. Clarissa Mendonça Corradi-Webster e seus alunos de mestrado e doutorado no campo de drogas, sustentado pela epistemologia construcionista social.

A partir da nossa conversa neste evento, comecei a participar das discussões desenvolvidas no Grupo de Pesquisa LePsis (Laboratório de Ensino e Pesquisa em Psicopatologia, Drogas e Sociedade), que tem se dedicado a investigar questões relacionadas ao uso de drogas, considerando o contexto cultural e histórico em que este tema está inserido. As discussões com o grupo de estudos me ajudou a delinear o objetivo deste estudo que buscou, por meio do diálogo com familiares de usuários de drogas internados involuntariamente e/ou compulsoriamente, ampliar compreensões sobre esta modalidade de tratamento.

Já cursando o mestrado tive a oportunidade de contato com o estudo mais aprofundado sobre metodologias de pesquisa, acesso à saúde enquanto direito, saúde mental e construção da loucura. Com a Profa. Dra. Carla Guanaes-Lorenzi pude aprender mais sobre a postura construcionista social, o que contribuiu muito para minha reflexão sobre o papel ético do pesquisador. Fui convidada a um olhar crítico sobre nosso posicionamento frente às temáticas estudadas, refletindo sobre quem ganha e quem perde quando nos engajamos em uma discussão polarizada sobre o que é certo e errado. Percebi que este seria um desafio logo que iniciei meu contato com as pessoas para que falassem sobre suas histórias e como a internação involuntária e compulsória surgiu na vida delas. Muitas pessoas, quando convidadas a participar do estudo, me posicionavam numa relação polarizada entre psicólogos, percebidos por familiares como grupo que era a favor da redução de danos e contra as internações. Confesso que por alguns momentos isso me angustiou, mas isso também me impulsionou a imergir nos estudos sobre processos relacionais para buscar formas de dialogar com estas histórias. A ida ao workshop Ética Relacional e Práticas Colaborativas, conduzido pelas Professoras Sheila McNamee e Marilene Grandesco proporcionaram ricas discussões sobre como novas formas de

entendimento podem ser construídas quando entramos em uma conversa e mesmo com visões de mundo diferentes conseguimos nos manter curiosos pelo outro.

Minha participação no XII Seminário de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP-USP, podendo ouvir meus colegas compartilharem sobre suas experiências, me incentivaram a buscar contato com a Profa. Dra. Sheila McNamee e ampliar ainda mais meus conhecimentos sobre construcionismo social na prática com famílias e pessoas que fazem uso abusivo de drogas. As discussões com a professora me ajudaram a compreender que se a linguagem constrói realidades, esta também é crucial para mudá-la. O construcionismo social tem muito a contribuir para a desconstrução do que temos como óbvio, pois nos convida a ampliar o olhar para os discursos que regulam nosso conhecimento de mundo e nosso entendimento comum sobre as coisas.

Influenciada por estas ideias aceitei o convite de olhar criticamente o modelo de saúde mental dos Estados Unidos da América, país onde realizei estágio científico, o qual teve como base a desospitalização como redução de gastos do Estado, e do qual o modelo Reforma Psiquiátrica brasileira se afastou. O modelo de saúde americano foi fortemente influenciado pelo discurso capitalista no qual a saúde tornou-se produto de mercado. Como um dos resultados, o estado de New Hampshire vivia o que eles chamavam de “crise do uso de opióides”. Nas conversas do cotidiano, as pessoas sempre diziam que esse era um grande problema ali e que todos conheciam pelo menos uma pessoa que fazia uso problemático de opióides. Mas como os interesses capitalistas afetaram o uso de opióides? O uso de opióides aumentou significativamente após as indústrias farmacêuticas divulgarem um estudo científico que garantia que o uso de medicações opióides eram isentas do potencial de causar uso compulsivo. A partir daí, médicos e dentistas passaram a prescrever para qualquer caso estes medicamentos. Esse é só um exemplo do convite que gostaria de fazer aos leitores, olhar de forma crítica o tema, desnaturalizando aquilo que é dado.

No Capítulo 1, são descritos diferentes momentos históricos e culturais em que o homem fez uso de drogas e os sentidos construídos sobre elas. No Capítulo 2, discorro sobre práticas de atenção às pessoas que fazem uso problemático de drogas e quais os discursos que as sustentam ao longo da história. No Capítulo 3, apresento o processo de construção das políticas públicas de saúde mental no país que teve como principal movimento a Reforma Psiquiátrica, delineando nossa política atual. O Capítulo 4 discorre sobre a construção das políticas públicas sobre álcool e outras drogas inicialmente criada com ênfase no modelo de redução de danos, mas que recentemente voltou-se para o financiamento de estratégias como a internação involuntária e compulsória destes. O Capítulo 5 apresenta estudos sobre os tipos de tratamento

e cuidados que os familiares têm procurado para os usuários de substância psicoativa e que informações eles possuem sobre tais tratamentos. O Capítulo 8, aborda o referencial teórico e ferramentas utilizadas para alcançar o objetivo desta pesquisa e para interpretação das informações coletadas. No Capítulo 9, são analisados os dados e discutidos a luz da literatura científica.

DROGAS E SOCIEDADE

1. DROGAS E SOCIEDADE

Neste capítulo serão apresentados sentidos construídos sobre as drogas e sobre o uso de drogas dentro de contextos históricos e culturais diferentes. Para isto, aceitamos o convite da perspectiva construcionista social de adotar uma postura crítica diante de um fenômeno naturalizado, questionando seu caráter inevitável. Será que o termo drogas sempre foi usado para descrever o que hoje entendemos como drogas?

O movimento construcionista social propõe a linguagem enquanto uma ação, ou seja, quando conversamos com outras pessoas estamos construindo nosso mundo (Burr, 2015). Assim, as descrições pelas quais as pessoas entendem seu mundo são construídas nas interações sociais situadas em um contexto histórico e cultural. De acordo com Gergen (2015), na perspectiva construcionista social linguagem não é uma representação do nosso mundo ou dos nossos pensamentos. Ao contrário, nossas ações apenas ganham sentido à medida que os outros respondem a elas. Sentidos não estão nas palavras ou nas ações, e nem estão sob o nosso controle. Os sentidos surgem no “espaço entre”. Ou seja, tudo aquilo que temos como verdade sobre o mundo e nossas vidas é construído e emerge nas interações sociais. Assim, a linguagem é compreendida como prática discursiva, ou seja, o uso da linguagem é um processo ativo que ajuda a construir realidades (Spink, 2013).

Para Hacking (1999), o construcionismo social tem como foco uma postura crítica e reflexiva diante de um fenômeno social, nomeado aqui de X. Partindo da premissa de que X poderia não ter existido ou poderia ter sido diferente, X não é determinado pela natureza das coisas e não é inevitável. Considerando a formulação de Hacking, no cotidiano existem entendimentos comuns sobre o que consideramos como drogas, mas se olharmos além daquilo que tomamos como dado ou como verdade, perceberemos que os sentidos sobre drogas não surgem do nada.

Isto nos leva a refletir sobre quando nossa sociedade começou a empregar o termo “droga” como o entendemos hoje. Atualmente, o sentido compartilhado no nosso cotidiano sobre a palavra droga é, sobretudo, negativo devido a associação deste à dependência química e problemas sociais, incluindo violência e criminalidade. Contudo, nem sempre as drogas foram vistas como algo ruim. Segundo Carneiro (2010), o uso de drogas assumiu sentidos diferentes do sentido problema, sendo visto como promotor da interação social, lazer, alívio das dores, estímulo e religiosidade. Anteriormente ao controle legal e médico, as drogas eram reguladas por controles sociais formais e informais de cada comunidade (Brasil, 2014).

Existem registros de consumo de bebidas alcoólicas no período Pré-Histórico (Macrae, 2014). Segundo Escohotado (2008), desde o século XXII a.C., o uso da cerveja como remédio estava registrado nas tabuletas sumérias, sendo que na Grécia Antiga as celebrações eram regadas a muito vinho e cerveja, havendo também a combinação do extrato de maconha com vinho e mirra para animar festas privadas. Outro tipo de droga documentado foi o ópio utilizado para fins medicinais entre povos sumérios desde os anos 3000 a.C. e referenciado por Homero, na sua obra literária *Odisséia*, como forma de aliviar o sofrimento, provavelmente no fim do século VIII a.C (Macrae, 2001). O ópio chegou a ser comercializado na forma líquida pelos gregos durante o período Homérico (Torcato, 2016). Além disso, o ópio era largamente utilizado para fins medicinais no mais antigo hospital grego, o santuário de Asclepio em Epidauro, principalmente, para alcançar sedação em caso de cirurgias. Contudo, isto não significa que os gregos não conhecessem os problemas do uso abusivo do ópio, considerando que a distinção entre remédio e veneno era a quantidade (Escohotado, 2008).

Uma variedade de drogas como ópio, mandrágora, cânhamo, cerveja e vinho integravam as práticas medicinais babilônicas. Contudo, estas práticas eram baseadas no uso cauteloso desses remédios. A prescrição desse tratamento dependia da avaliação do médico que deveria avisar previamente seu paciente sobre as contraindicações do mesmo e só iniciar o tratamento a partir da concordância do paciente com os riscos do tratamento (Escohotado, 2008).

Outra droga que possui registros muito antigos é a maconha ou cânhamo, encontrados na China no período neolítico (França, 2015). O uso da maconha mais remoto observado na China foi para confecção de fibras têxteis e artesanatos, mas há indícios de que os chineses utilizavam receitas medicinais que incluíam *Cannabis* por volta de 2000 a.C. (França, 2015). Importante destacar que apesar dos chineses empregarem a maconha nas práticas medicinais, o seu uso em ocasiões de lazer não se tornou popular na China (Sherratt, 1995). Os árabes difundiram o uso da maconha entre países da África, Ásia Menor e Extremo Oriente onde a maconha era muito importante nas práticas medicinais, bem como em eventos profanos. Na Índia e no Irã a maconha já foi usada em cerimônias religiosas, possibilitando contato com figuras místicas, e também presente em reuniões sociais (Escohotado, 2008).

Entretanto, houve dois momentos em que o uso de drogas foi visto como um problema. Primeiro, no século IV, com a crise do Império Romano após a invasão dos cristãos. Nesta época houve uma transformação do pensamento vigente à medida em que o cristianismo passou a reprimir rigidamente o hedonismo, estilo de vida norteado pela busca do prazer, e a enfatizar experiências dolorosas como forma de purificação da alma e remissão dos pecados e fraquezas mundanas. Dessa forma, as drogas passaram a ser estigmatizadas devido à associação com os

cultos religiosos considerados pagãos pelos cristãos e às práticas curativas para aliviar a dor (Escohotado, 2008). Nesse período, o uso do vinho quase assumiu posição de exclusividade tomando o lugar das outras drogas (Torcato, 2016) devido à sua relevância dentro do cristianismo enquanto representante do sangue de Cristo.

Em um segundo momento, no século X, o uso de drogas para fins curativos foi apontado como bruxaria ou heresia pela Igreja Católica, a instituição mais poderosa da Idade Média, inaugurando a caça às bruxas. Essas ações contribuíram para a manutenção do poder da Igreja Católica e a estigmatização de grupos como de mulheres do campo que preparavam unguentos e desenvolviam ritos pagãos e dos filósofos que se opunham aos dogmas eclesiásticos (Escohotado, 2008). As drogas passaram a ser vistas como maléficas e satânicas, os usuários passaram a ser julgados moralmente e a sobriedade exaltada (Escohotado, 2008).

Por volta do século XVI, o movimento Moderno se fortaleceu fazendo frente ao modelo hegemônico de condições culturais e sociais presentes na Idade Média. A forma de explicar o mundo a partir de ideias religiosas passou a ser contestada pelos pensadores iluministas que preconizavam uma relação diferente com o conhecimento, pautada pelo uso da razão, do pensamento crítico e do método científico para entender as verdadeiras explicações sobre o mundo (Burr, 2015). Segundo Moscheta (2014), os avanços tecnológicos alcançados nessa época produziram alterações significativas no estilo de vida da sociedade medieval. Por exemplo, a criação do microscópio de lente única por Antoni van Leeuwenhoek (1632–1723), apesar deste aparato ser rudimentar, permitiu ao estudioso realizar observações microscópicas (Egerton, 2006). Foram acontecimentos como estes que contribuíram para afastamento dos dogmas afirmados pela Igreja Católica.

A transição da cultura teocêntrica, centrada em Deus, para uma cultura antropocêntrica, centrada no homem, estimulou as pessoas a tomarem decisões baseadas nas evidências científicas. Mas quais foram os impactos dessa transformação nos sentidos construídos sobre drogas pela sociedade daquela época? A valorização do pensamento racional contribuiu para o desenvolvimento das grandes navegações que colocou a Europa em contato com povos das Américas, bem como com as novas drogas utilizadas por estes povos. Dentre algumas das mais relevantes plantas usadas inclui-se o cacau, consumido pela nobreza asteca na América Central, a erva-mate no Paraguai e no Mato Grosso (Brasil), o guaraná na região Amazônica e as folhas de coca usadas pelos povos incas em cerimônias espirituais e usadas no cotidiano como estimulante (Escohotado, 2008).

Além destas, as bebidas alcoólicas como o cauim, bebida obtida a partir da fermentação de várias frutas, já eram usadas pelos índios antes mesmo da colonização do Brasil (Torcato,

2013). Tais bebidas eram reconhecidas pelo seu caráter nutritivo e calórico, integrando rituais importantes dentro da tradição indígena. A máxima embriaguez nas festas e rituais indígenas era entendida como gratidão aos deuses, sendo que a embriaguez não era vista de forma negativa. No entanto, não eram permitidos comportamentos desviantes produzidos pelo consumo de bebidas alcoólicas (Carneiro, 2010).

A partir do contato europeu com as culturas indígenas da América, retomou-se o uso, principalmente, medicinal das drogas e foram introduzidas novas drogas com propriedades curativas. No entanto, o uso das drogas ainda que fosse medicinal não era regulado pelo Estado ou pelos médicos, por exemplo, remédios à base de ópio eram vendidos nas chamadas boticas, assim como a aspirina e o bicabornato são comercializados hoje (Escohotado, 2008). Este fenômeno foi nomeado por Courtwright (2001) como *revolução psicoativa*.

Entretanto, tal movimento de retomada não incluía todas as práticas envolvendo drogas, pois o uso das drogas em rituais sagrados foi fortemente combatido pelos membros da Igreja Católica. Dessa forma, os rituais que incluíam bebidas alcoólicas foram combatidos pelas entidades religiosas na tentativa de impor o cristianismo aos índios (Carneiro, 2011). No caso das folhas de coca, no Peru as plantações foram toleradas desde que não fossem direcionadas a nenhuma cerimônia religiosa e 10% do valor proveniente da comercialização desta planta era destinado às entidades religiosas (Escohotado, 2008).

De acordo com Harding (1986), no cenário internacional a questão do uso problemático de drogas surgiu no século XIX como produto de tensão de classes. Estas tensões ficaram evidentes nas campanhas desenvolvidas no âmbito da saúde pública a respeito das consequências da livre comercialização do ópio. No final do século, campanhas exageradas e distorcidas criaram uma imagem impactante de uma classe trabalhadora avidamente consumidora de ópio como estimulante justificada simplesmente porque o ópio era mais barato que o álcool. O movimento de saúde pública contra a livre comercialização do ópio recebeu apoio de dois movimentos distintos que corroboraram para a ascensão das classes médica e farmacêutica. Dessa forma, as práticas de automedicação da classe trabalhadora permaneciam em oposição aos interesses, das profissões médicas e aliadas, que consistiam em fortalecer o controle sobre o acesso a todas as formas de tratamento medicamentoso. Neste contexto, as comissões de saúde públicas foram convidadas a enfatizar aspectos perigosos da não regulação do acesso a drogas, fato que contribuiu para que produtos derivados do ópio fossem definidos como veneno e sua venda ficasse restrita à farmacêuticos registrados.

Para o autor, neste período surgiu também o modelo moral-patológico do uso problemático de drogas baseado em duas proposições, a saber: o ópio tinha uma tendência de

promover um crescimento gradativo do desejo de consumo, o que caracterizava a droga como algo inerentemente ruim; e que seu uso para fins não médicos era inevitavelmente errado. Tal modelo se inspirou no movimento religioso que defendia que o ópio não podia ser consumido com moderação e destruiria fisicamente e moralmente o usuário. Esse modelo moral-patológico influenciou o tratamento médico do uso problemático de drogas. Como exemplo, em 1877, foi publicado na revista *Lancet* um editorial que defendia a ideia de que o uso abusivo de morfina era capaz de degenerar o caráter moral da pessoa e recomendava o tratamento moral que consistia no confinamento do paciente em asilos.

Segundo Adiala (2011), estas ideias também afetariam a regulação das drogas no contexto brasileiro a partir do século XIX, principalmente, com os progressos farmacológicos que resultaram no isolamento de princípios ativos presentes em diferentes plantas como a morfina, codeína, atropina, cafeína, cocaína, heroína e mescalina. Tal advento possibilitou a produção de remédios que facilitaram o controle da dor, sendo largamente utilizados nos períodos de guerras. Na sociedade moderna a crescente ênfase da racionalidade e conhecimento científico refletiu na valorização do conhecimento médico e descrédito dos curandeiros. Como efeito, a classe médica, sustentada pelo discurso de cuidado à saúde, passou a controlar os fármacos, estabelecendo a distinção entre remédios, considerados drogas boas, e as drogas, descritas como prejudiciais à saúde.

A afirmação da medicina enquanto ciência seria apenas um dos fatores que contribuíram para a proibição e a patologização do álcool e outras drogas a partir do século XX. Para Escohotado (2008), o movimento proibicionista resultou do intercâmbio entre questões históricas. Dentre estas estão a retomada das ideias religiosas tradicionais, principalmente, no mundo anglo-saxão e com isso a valorização do discurso moral sobre o uso de drogas. Tal discurso entende as drogas como impurezas que ameaçam a sociedade e, portanto, devem ser eliminadas imediatamente. Outra questão histórica importante foi o surgimento de tensões sociais devido ao rápido processo de industrialização e surgimento de uma nova classe social – o proletariado. Somado ao surgimento das grandes aglomerações urbanas. As formas de embriaguez passam a representar o desvio de certos grupos, culminando na marginalização de grupos desfavorecidos. A ascensão da classe médica enquanto detentora do conhecimento terapêutico válido também contribuiu para a construção do movimento proibicionista. Além disso, o enfraquecimento do Estado mínimo e fortalecimento do Estado de bem-estar social, que passou a assumir responsabilidades e serviços para cuidar dos pobres, insanos, órfãos e alcoólatras, bem como a Guerra do ópio declarada pelos ingleses após a China proibir o tráfico do ópio realizado pelos ingleses, favoreceram a conformação do proibicionismo.

A convergência destas questões teve expressão no início do século XIX, quando surgiu nos Estados Unidos (EUA) o movimento proibicionista, também chamado de temperança, tendo como marco a aprovação do *Volstead act* (Lei Seca). A proibição do consumo de bebidas alcoólicas no país também resultou na estigmatização dos usuários, principalmente, de imigrantes irlandeses (Ribeiro & Araújo, 2006). Logo em seguida, Harry Anslinger, um dos criadores do movimento proibicionista nos EUA, alertou sobre os perigos do uso de maconha entre a população negra, dizendo que esta, sob o efeito da droga, parecia esquecer as barreiras sociais ao se relacionarem afetivamente com mulheres brancas em pleno período de segregação racial. Nesta mesma época 29 especialistas do campo de drogas alertaram Harry de que seria um erro proibir o uso de maconha, e que a divulgação de notícias que demonizavam o uso de maconha era resultado de uma má interpretação da imprensa. Entretanto, ele procurou entre os policiais do país relatos de casos em que alguém sob efeito de maconha teria cometido assassinato. Antes a imprensa já apresentava casos associando o uso de maconha e mortes, mas agora esta associação passou a afirmada por um representante do governo americano. Em um anúncio de alcance nacional, ele se encarregou de criar um pânico entre os pais sobre uma nova droga, maconha, com tamanho potencial viciante especialmente entre jovens que se tornariam facilmente escravos da droga, tornando-se insanos, violentos criminosos e assassinos (Hari, 2015).

No cenário internacional, os Estados Unidos foram o principal responsável pelo estabelecimento de convenções internacionais que tinham como objetivo reprimir o comércio internacional e o consumo de drogas (Alves, 2009). Não havia qualquer preocupação com a saúde dos usuários de drogas, as primeiras tentativas de tratamento médico para estes foram repreendidas e impedidas pelo governo americano. Uma vez que os usuários de drogas também eram vistos como um alvo a ser combatido (Hari, 2015). Dessa forma, esse movimento serviu para sustentar o discurso moral e criminal em relação ao usuário de drogas, tendo como base o consumo de drogas como uma falha moral do usuário e uma prática criminosa, demandando a prisão dos imorais/criminosos (Marlatt, 1999).

De acordo com Parascandola (1996), a mudança no sentido da palavra droga enquanto substâncias com propriedades medicinais para substâncias negativas e prejudiciais também pode ser observada na definição da palavra droga em diferentes edições do *Oxford English Dictionary*: primeiro em 1897, a palavra foi definida como substância extraída de plantas para fins medicinais ou utilizada como composto de medicamento; e na edição de 1933, apresentou além da definição anterior, a descrição de droga como palavra comumente usada para nomear grupos de substâncias opióides e narcóticas, trazendo como palavras relacionadas drogadicto,

droga maligna, droga amiga e hábito de usar drogas. Para Parascondola, (1996) esta mudança se deve ao crescimento do uso do verbo *to drug* (se drogar) no sentido de se envenenar e se entorpecer e, por outro lado, ao fato da busca pela categoria médica de um termo geral que reunisse uso abusivo de diversas substâncias.

Ao percorrer pela história de alguns séculos e sociedades, observamos que as drogas como conhecemos hoje foram vistas de diferentes formas e tiveram múltiplas nomenclaturas. Por exemplo, na Grécia Antiga as drogas tornavam as festas mais divertidas, para povos sumérios, babilônicos e gregos as drogas tinham propriedades curativas, na Idade Média as drogas eram maléficas, para os proibicionistas drogas são perigosas, etc. As drogas não existem no mundo como fenômeno independente. Segundo Gergen (2015), é por meio das nossas interações sociais que o mundo se torna povoado por aquilo que definimos como real. Sempre que descrevemos algo, por exemplo, drogas, nós estamos falando de um específico ponto de vista ou tradição de conhecimento. Sendo a partir do diálogo com os outros que o mundo é construído da forma como nós o entendemos.

Agora que conhecemos um pouco sobre os sentidos construídos a respeito do uso de drogas e dos usuários de drogas, e alguns dos discursos que acompanharam esses sentidos ao longo de diferentes contextos históricos e culturais, podemos detalhar como esses discursos embasaram as práticas de atenção ao usuário de drogas. No próximo capítulo será apresentada a construção de práticas direcionadas às pessoas que apresentavam uso problemático de drogas ao longo da história do Brasil e como estas práticas são permeadas pelo discurso moral, jurídico/criminal e biomédico asilar.

PRIMEIRAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS

2. PRIMEIRAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO USUÁRIO DE DROGAS

Este capítulo trata das implicações dos discursos moral, jurídico/criminal e biomédico asilar na construção de práticas de cuidado às pessoas que fazem uso problemático de drogas ao longo da história do Brasil. Para melhor compreensão didática do tema optou-se pela apresentação dos discursos sobre drogas de forma independente. Entretanto, entendemos que os discursos apresentados não podem ser enquadrados em uma linha cronológica, pois em vários momentos históricos e culturais estes coexistem. Segundo Iñiguez (2004) os discursos tem como característica sua intertextualidade, ou seja, por mais que não percebamos no nosso cotidiano quando recorremos à algum discurso este está ancorado em outros discursos.

Na história do Brasil, houve momentos em que o uso de drogas não era visto como um problema. Por exemplo, no período colonial havia uma produção concomitante de cana de açúcar e maconha, sendo que os senhores permitiam que seus escravos utilizassem maconha nos horários de folga (Torcato, 2013). Devido a essa íntima relação entre maconha e os escravos, foram criadas leis que proibiam o uso de maconha, como o Código de Posturas do Rio de Janeiro, em 1830 (Dória, 1958) e o Código de Posturas de Manaus, em 1848 (Monteiro, 1965), punindo com prisão e multa os transgressores. De acordo com Fiore (2005), estas leis tinham cunho étnico e social, afetando apenas a população de escravos negros, sendo que foi relatado o uso de maconha pelos aristocratas, como por exemplo, pela rainha Carlota Joaquina que costumava tomar chá de maconha (Carlini, 2006). Os Códigos de Posturas do Rio de Janeiro e de Manaus foram publicados num período histórico em que ocorria a crise do trabalho escravo que culminaria com a libertação dos escravos, em 1888, após a publicação da Lei Áurea pela Princesa Isabel. Contudo, a libertação dos escravos não significou inclusão social da população negra, pois eles enfrentaram dificuldades de inserção no mercado de trabalho, separação do grupo familiar vendido para diferentes senhores e preconceito devido a sua etnia (Koutsoukos, 2006).

As primeiras intervenções no campo do uso de drogas foram delineadas, principalmente, pelo discurso jurídico/criminal. Os usuários de drogas dentro de grupos marginalizados específicos como, as pessoas negras, passaram a ser vistos como um risco para sociedade. O Estado buscava controlá-los por meio da punição e do encarceramento dessa população. Segundo Machado e Miranda (2007) e Torcato (2013), o uso de drogas começou a ser abordado mais intensamente como um problema público pelo governo brasileiro no início do século XX, no campo jurídico-penal. Momento quando surgiram várias leis e decretos que dispunham sobre

a criminalização do uso e comércio de drogas e previam penas de segregação do usuário de drogas em sanatórios e prisões.

Esta ampliação das ações no âmbito jurídico estava alinhada à política internacional de combate ao tráfico e consumo de drogas firmadas nas Conferências de Haia, em 1912 e 1914, e, posteriormente, nas Convenções Internacionais realizadas pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1961, 1971 e 1988 (Alves, 2009). Tais Convenções Internacionais foram fortemente influenciadas pelo movimento proibicionista que surgiu nos EUA e que tinha como pressuposto a nocividade do uso de drogas, foco na abstinência compulsória e na necessidade de proteger a sociedade dos prejuízos causados pelas drogas (Escohotado, 2008). O movimento proibicionista estava baseado no discurso moral à medida que posiciona o uso de drogas como falha de caráter e falta de controle do usuário, demandando a abstinência por meio da espiritualidade e punição. Este movimento também foi influenciado pelo discurso jurídico/criminal que entendia as drogas como ilegais e estendia essa ilegalidade aos usuários de drogas, vistos como perigosos e por isso deveriam ser afastados da sociedade seja por prisões ou internações.

Nesse sentido, em 1921, por meio do decreto n. 4.294 (1921), foi estabelecida a internação compulsória, por tempo indeterminado, daqueles que sob o efeito do álcool apresentassem atos que implicassem em risco para si, para outros e para a ordem pública. O mesmo decreto dispunha sobre a criação de sanatórios específicos para internação voluntária e involuntária (requerida pela família) dos usuários de drogas com objetivo de evitar a prática de crimes ou “perdição moral”. No mesmo ano, foi estabelecida a criação dos “sanatórios para toxicômanos” por meio do decreto n. 14.969 (1921). Apesar de ser utilizado o termo internação, não havia tratamento sistematizado, logo, não seria prisão a internação? Nos documentos legislativos citados acima o uso de drogas é descrito como um eliciador de atos criminosos e desviantes da moral, trazendo os discursos moral e jurídico/criminal.

M. L. Silva (2009) apontou a contribuição da medicina social na implantação do proibicionismo no país a partir de 1920, à medida em que o uso drogas não reguladas foi associado ao atraso do desenvolvimento econômico, permitindo mais tarde que a medicina assumisse o papel exclusivo de prescrever tais substâncias. Como parte das ações de controle social, o Brasil teve um papel ativo na reinvidicação da inclusão da maconha no quadro de drogas proibidas internacionalmente em 1925, ação que acompanhou a repressão de grupos marginalizados constituídos por negros e migrantes que habitavam os morros do Rio de Janeiro (Adiala, 1996).

Esta estreita relação entre a proibição do uso de drogas e o controle de minorias étnicas também foi observado nos Estados Unidos, entre os anos 1920 e 1930. Isto contribuiu para a associação entre uso de cocaína a grupos de pessoas negras, de ópio e chineses, de maconha e mexicanos e de álcool e imigrantes, sobretudo, alemães, italianos, e irlandeses. Dessa forma, o uso de drogas não representava um problema médico ou legal, mas um problema de caráter político marcado por tensões socioeconômicas (Musto, 1999). Apesar do uso de drogas não ser entendido neste momento pela sociedade brasileira e americana como um problema situado no campo da saúde, o discurso biomédico começou a entrar em cena posicionando as drogas e remédios como perigosos para a saúde e alertando sobre a necessidade de regulação da venda destes.

A classe médica também estava preocupada com a massiva propaganda nos periódicos e a venda sem nenhuma regulação nas boticas de drogas e remédios que prometiam curar todos os males entre os séculos XVIII e XIX (Lima, 1996). Além disso, outras substâncias como derivados do ópio, o éter, o clorofórmio e, mais tarde, cocaína foram inseridas no cenário brasileiro pelo seu uso medicinal. No entanto, em meados do século XIX, tais usos ultrapassaram os fins terapêuticos e passaram a ser utilizadas de forma recreativa pelas elites brasileiras (Torcato, 2013). Em consequência, a definição da toxicomania na legislação de 1921 foi influenciada por um discurso que se tornava hegemônico dentro da psiquiatria mundial e nacional, um discurso que enfatizava o caráter patológico em torno do uso, principalmente, de substâncias psicoativas (Adiala, 2011).

Segundo Adiala (2011), o uso problemático de drogas foi sendo construído como um problema médico no contexto brasileiro desde meados do século XIX e início do século XX. Por meio da análise de teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro e de artigos das principais revistas médicas e psiquiátricas do país publicadas entre 1890 e 1930, observou que os estudos se dedicavam a compreender o uso de substâncias anestésicas e analgésicas no tratamento da dor e em possíveis intervenções cirúrgicas. O autor também observou a existência da discussão sobre os problemas causados pela intoxicação alcoólica e suas implicações na sociedade desde os anos 1890. Discussão que se estenderia às demais drogas a partir de 1920, incluindo álcool e drogas na mesma categoria – a toxicomania.

Estas ações governamentais descritas tratavam da questão de álcool e outras drogas no âmbito jurídico e penal atendendo aos acordos internacionais, firmados pelo Brasil, de repressão ao comércio e consumo de drogas. Ao mesmo tempo, a ascensão da psiquiatria despertou um olhar médico para o uso de drogas com a definição da toxicomania, mas mantendo-se alinhado ao discurso moral e culpabilizante sobre a pessoa que fazia uso problemático de drogas. Dessa

forma, a internação dos usuários de drogas foi se construindo como forma de excluir do convívio social aquelas pessoas desviantes dos padrões estabelecidos como normais pela sociedade, proteger a sociedade das drogas e punir os usuários. De acordo com Foucault (2009), o cuidado dos alienados passou a integrar o discurso biomédico quando Pinel, também conhecido como pai da psiquiatria, buscou definir a “loucura” como doença e propôs formas de tratamento, sem romper com o discurso moral. Ele criou o tratamento moral, que resultou no isolamento das pessoas desviantes do considerado normal em asilos, buscando eliminar ou purificar a “loucura”.

De acordo com Cooter (1976), o advento da frenologia, em 1820, ofereceu ao tratamento moral uma lógica científica que justificasse sua aplicação, tornando-se popular no Reino Unido e Estados Unidos da América. A frenologia entendia que a personalidade de uma pessoa poderia ser predita a partir da mensuração da sua estrutura craniana. Ou seja, era possível diagnosticar alguma predisposição à “loucura” por meio das medidas do crânio, apontando a necessidade do tratamento moral. Contudo, o descrédito da frenologia foi acompanhado pelo declínio do tratamento moral, após a segunda metade do século XIX, com o desenvolvimento da psiquiatria médica a qual explicava as desordens mentais e suas curas considerando seu respectivo caráter biológico.

No que refere ao uso de drogas, este caráter biológico foi incluído no discurso biomédico, em 1791, quando o médico norte americano Benjamim Rush chamou a embriaguez de doença ou transtorno da vontade. Ele propunha a mudança de uma perspectiva moralista que via o uso de drogas como vício e pecado para uma perspectiva médica que entenderia a embriaguez enquanto doença, devendo ser tratada por um médico. A dependência se dava de maneira progressiva e gradual. Assim, os adictos deveriam abster-se da bebida alcoólica de modo repentino e abrupto (Berridge, 1994).

Segundo Nutt (2012), entre os séculos XIX e XX a psicanálise freudiana surgiu prometendo investigar causas por trás dos sintomas e isso teve implicações na maneira como o uso de drogas era tratado. Por exemplo, para essa perspectiva o uso abusivo de drogas poderia ser entendido como um problema que se desenvolve a partir de questões inconscientes do sujeito. Contudo, a partir da 2ª metade do século XX, as investigações do uso de drogas no campo das ciências biológicas ganharam relevância desafiando a abordagem psicológica. Os estudos científicos se dedicaram a explicar como as drogas agiriam no cérebro com base no conhecimento sobre os neurotransmissores e receptores existentes no cérebro. Por meio das técnicas de neuroimagem firmou-se que o uso repetido de drogas seria causador de mudanças físicas no cérebro, muitas vezes irreversíveis, resultando em um tipo de “disfunção” no cérebro.

De acordo com Nutt (2012), a dopamina parece ter um papel importante no uso abusivo de drogas. Este neurotransmissor é liberado em situações em que experimentamos sensações de recompensa, ajudando o cérebro a aprender que tal ação gerou sensação de bem estar para repeti-la no futuro. Exames de neuroimagem mostraram que dopamina é liberada quando as pessoas usam cocaína e outras drogas estimulantes. Esses dados ajudaram a reforçar o entendimento do uso compulsivo de drogas como perda do controle sobre mecanismos responsáveis por comportamentos voluntários. Por exemplo, mesmo que a pessoa não aprecie mais o uso drogas ela não conseguiria resistir ao forte desejo de usar drogas novamente.

No contexto internacional, após a Segunda Guerra Mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS) afirmou que o uso excessivo de álcool era um problema de saúde, dedicando-se a conceituar e definir o problema. Em 1960, Jellinek (consultor da OMS) definiu o alcoolismo com base em 3 conceitos: tolerância, abstinência e perda de controle. Em 1964, a OMS adotou o termo “dependência de drogas” e na década seguinte definiu a “síndrome de dependência do álcool” (Berridge, 1994).

A partir da década de 1970, a medicina passou a influenciar as políticas públicas nacionais sobre drogas. Contudo, a contribuição desta área do conhecimento continuava inserida na produção de práticas de controle do uso de drogas. Assim, as pessoas que usavam drogas continuaram sendo classificadas como criminosas ou doentes e tratadas a partir de internações em hospitais psiquiátricos e, mais tarde, em instituições públicas ou filantrópicas especializadas para tratamento de usuários de drogas (Machado & Miranda, 2007).

Em 1976, foi promulgada a lei 6.368 que propôs algumas intervenções de saúde em relação ao uso problemático de drogas, destacando-se a substituição do termo “viciado” por “dependente químico”, a proposição do tratamento em serviços extra hospitalares e a aplicação obrigatória de internações quando o quadro clínico do paciente exigisse (Machado & Miranda, 2007).

Entretanto, os serviços extra hospitalares começaram a ser criados a partir da segunda metade da década de 1980. Esta lacuna existente na atenção aos usuários de drogas nas políticas públicas de saúde deu margem para o aumento do número de comunidades terapêuticas (CT), instituições não governamentais, entre 1970 e 1990 (Alves, 2009). Segundo Ribeiro e Minayo (2015), o tratamento nas CT é norteado por princípios morais pelos quais o uso problemático de drogas é visto como pecado, afastamento de Deus, sinal de fraqueza e associada ao demônio, e a única forma de tratamento possível é a abstinência. Dessa forma, a pessoa deveria abandonar uma vida de pecado e converter-se a vida religiosa. Nesse caso, a internação em lugares

distantes do perímetro urbano seria importante para afastar a pessoa do pecado e reabilitá-la para uma vida abstinente em sociedade.

De acordo com Fossi e Guareschi (2015), muitas CT trabalham em parceria com igrejas católicas e evangélicas, tendo como pilares a religiosidade, trabalho e obediência às regras. Esta intervenção propõe a transformação daqueles que apresentam comportamento destoante ao preconizado pela sociedade, e por isso, vão precisar de ajuda externa para aprender valores que não detinham antes da internação. O discurso moral-religioso muito presente nas intervenções das CT afeta de maneira peculiar o entendimento do processo de cura. Segundo Minayo (1994), nas instituições de seguimento católico as situações de extremo sofrimento e desespero diante da doença motiva a crença na eficácia mágica que seria a cura por meio da fé, por outro lado, nas instituições pentecostais a doença é vista como resultado de possessão demoníaca e a cura seria afastar-se do mal por meio da luta.

Muitas comunidades terapêuticas utilizam o modelo desenvolvido pelos Alcoólicos Anônimos (AA). O consumo abusivo de álcool é comumente visto como doença progressiva e incurável pelos membros do AA (R. V. Melo, 2016; Silva & Souza, 2004), que exclui qualquer tentativa de uso controlado de bebidas alcoólicas, pois compreende que o primeiro gole ativaria o uso compulsivo e que este comportamento caracterizaria uma doença que deve ser combatida diariamente. Conforme R. V. Melo (2016), o princípio básico do AA consiste na aceitação da impotência diante do álcool, ou seja, de que a pessoa perdeu o controle sobre sua vida. Outro pilar importante para o funcionamento do grupo é o entendimento do uso abusivo de bebidas alcoólicas como doença do corpo e, principalmente, da alma. Sustentado pelo discurso moral-religioso, o único caminho é a transformação da personalidade “adicta”. Para alcançar um estilo de vida abstinente as pessoas precisarão da ajuda de um poder superior posicionado no plano religioso. Percebe-se que as intervenções que tem como objetivo a abstinência continuaram sendo a principal e, muitas vezes, a única forma de tratamento disponível.

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2004a), o diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais devidos ao uso de substância psicoativa depende da observação a ocorrência simultânea de três ou mais dos critérios no último ano: Forte desejo ou compulsão para usar a droga; Dificuldades de controlar a quantidade e a frequência do uso de drogas, e dificuldade de parar de usar; Sintomas de abstinência fisiológica ao cessar o uso de drogas; Sinais de tolerância, sendo necessário aumentar a dose para obter os mesmos efeitos alcançados com o uso de doses menores; Abandono de outros prazeres e interesses, gastando grande parte do tempo com o uso

de drogas ou se recuperando desse uso; Persistência em relação ao uso de drogas mesmo quando este está causando prejuízos.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2004b), as pesquisas em neurociências vem estudando três principais fatores como causadores do uso problemático de drogas. O uso abusivo como um processo de aprendizagem - as drogas produzem efeitos agradáveis e reforçadores que por meio da ativação circuitos cerebrais aumentam a probabilidade da pessoa repetir o consumo. Outro fator são os processos biocomportamentais - as drogas ativam áreas do cérebro análogas àquelas que orientam o comportamento para estímulos vitais à sobrevivência como a fome, a sede e o sexo, essas áreas quando ativadas reforçam o comportamento responsável por alcançar o objetivo desejado. Bem como as bases genéticas - fatores genéticos transmitidos ao longo de gerações capazes de acentuar os efeitos das drogas bem como, tolerância, abstinência e compulsão.

Estas construções reforçam o discurso da abstinência que compreende o contato com as drogas como algo fatalístico, ou seja, a partir do primeiro contato com a droga a pessoa torna-se “dependente” devido à herança genética ou devido ao desenvolvimento da tolerância à droga. Mota (2008) aponta certas implicações de se considerar o uso problemático de drogas como uma doença: de um lado estaria o reconhecimento no âmbito do Direito Penal de que o usuário não seria criminoso, mas uma pessoa que precisa de tratamento, e, por outro lado estaria o reconhecimento do problema focando no indivíduo em detrimento do contexto social, gerando a medicalização do comportamento, posicionando o usuário como passivo diante da doença e fortalecendo práticas excludentes como longas internações.

De acordo com Gergen (2015), nossas descrições e explicações sobre o mundo e nós mesmo não são determinadas pela existência material do objeto descrito. Por exemplo, as pesquisas, sustentadas pelo discurso biomédico, buscam a objetividade por meio da descrição daquilo que é observável. Sendo assim, é imprescindível que o pesquisador se afaste do objeto de estudo, ou seja, preserve a neutralidade a fim de afastar interferências na produção do conhecimento. Neste contexto, considera-se que o conhecimento produzido seria uma representação fiel do problema estudado. Neste tipo de pesquisa a linguagem seria um mero transmissor do conhecimento. Então, em caso de problemas na comunicação o problema está localizado no emissor da mensagem ou no receptor ou na existência de ruídos. Entretanto, existe neutralidade quando o pesquisador escolhe estudar certo tema? Os participantes agirão de forma natural a partir do momento que foram selecionados do estudo?

Em resposta a estas ponderações, Gergen (2015) nos aponta uma visão diferente sobre conhecimento pela qual nossas palavras ganham sentido na resposta do outro, independente da

nossa intenção. É claro que não precisamos questionar tudo e todos o tempo todo, por isso estabelecemos certos entendimentos que norteiam nossas atividades dentro da sociedade em que vivemos. Segundo McNamee (2014), as pessoas coordenam suas ações juntas, trazendo seus recursos históricos, culturais e relacionais, estas ações tornam-se rapidamente ritualizadas, estes rituais por sua vez geram expectativas e por fim as expectativas produzem valores e crenças, ou seja, realidades.

Para ilustrar, a pesquisas biomédicas enfatizam disfunções localizadas no indivíduo que apresenta uso abusivo de drogas demandando diagnóstico psiquiátrico do mesmo. Sempre que alguém apresenta uso problemático de drogas a procura do serviço de saúde, a prescrição de medicação, internações e tratamentos focados no indivíduo são indicados. Então, as pessoas esperam que os serviços de saúde abordem o problema desse modo individualizante. Crenças acerca dos tratamentos individualizantes, internação e medicalização, como melhor solução emergem.

As pessoas negociam formas de explicar seu mundo e si mesmas, explicações que ganham significância por meio da sua utilidade para as pessoas que as construíram, passando a nortear as práticas na comunidade delas (Gergen, 2015). As práticas baseadas no saber biomédico podem excluir outras explicações. Isso não significa dizer que o uso problemático de drogas não existe, mas que este trabalho é um convite ao olhar crítico sobre como as práticas individualizantes, como as internações involuntárias, foram sendo construídas como práticas hegemônicas e a quem elas servem.

Nos próximos capítulos retomam-se as implicações dos discursos e dos sentidos sobre drogas na construção das políticas públicas de saúde mental e sobre álcool e outras drogas no contexto brasileiro.

POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

3. POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE MENTAL

Para Prado e Lemos (2012), entre início do século XIX e meados do século XX, existem condições que promovem a expansão das práticas manicomiais, a saber: a vasta ampliação do número de hospitais psiquiátricos, desenvolvimento da psicopatologia como ciência, sistematização das técnicas diagnósticas e multiplicação das doenças mentais. Dessa forma, a loucura antes vista como questão social passou a ser descrita como problema médico, sendo nomeada como doença mental. A identificação da doença passou a seguir critérios de comparação entre o que é normal/anormal.

Segundo Machado, Loureiro, Luz e Muricy (1978), em 1830, a existência de loucos vagando pelas ruas do Rio de Janeiro, na época capital do Império do Brasil, ou recolhida nos porões do Hospital Santa Casa de Misericórdia impulsionou os médicos, que tinham como lema “aos loucos o hospício”, a reivindicarem ações específicas diante do problema. Tal movimento desencadeou a abertura do primeiro hospital psiquiátrico na segunda metade do século XIX (Hospício Pedro II), considerado marco inaugural da psiquiatria no país, inaugurando a visão hospitalocêntrica do tratamento em saúde mental (Rosa, 2003). Para esta autora, o modelo hospitalocêntrico mantinha a marginalização do doente mental por meio do isolamento em hospitais, espaços semelhantes às prisões, uso de laborterapia para reeducação e trabalhos forçados. Segundo Resende (1992), a exclusão é o princípio fundamental da assistência psiquiátrica brasileira desde seus primórdios até atualidade. Os hospitais psiquiátricos herdaram dos asilos e manicômios suas características excludentes (Foucault, 1987).

Com a Proclamação da República do Brasil em 1889, o país iniciou um projeto de modernização, inaugurando o movimento conhecido como “era do saneamento”. Para isto foram criadas organizações que garantissem a aplicação dos conhecimentos médicos para melhor desenvolvimento do país como, a Liga Pró-Saneamento do Brasil, em 1918, e a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), em 1923. Esta última organização reunia médicos que buscavam o controle social e a prevenção dos danos morais causados pela população que havia recebido algum diagnóstico psiquiátrico (Adiala, 2011).

A Liga Brasileira de Higiene Mental tinha como principal alvo o combate ao alcoolismo, uma vez que desde o início do século XX este era o principal motivo das internações nos sanatórios. Como descrito pelo psiquiatra Gustavo Riedel, fundador da LBHM e diretor da Colônia de Psicopatas do Engenho de Dentro no relatório ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, de 1923, as intoxicações representavam um perigo para a sociedade por gerar uma “anestesia moral” e ser capaz de desencadear a “loucura”. Outro fator que agravava a situação

era o fato de que pessoas mais “irritáveis” terem menor controle sobre sua vontade e menor capacidade de resistir “à ação maléfica dos venenos”, exigindo ações de higiene mental (Riedel, 1923).

As práticas excludentes no âmbito da saúde mental tiveram seu auge durante a ditadura militar, de 1964 a 1985, principalmente, após a inclusão da atenção psiquiátrica nas ações do Instituto Nacional de Previdência Social. Por meio da previdência social o governo federal aumentou o financiamento de leitos em hospitais psiquiátricos privados. O aumento do número de hospitais psiquiátricos e dos tratamentos iatrogênicos desenvolvidos dentro destes geraram várias críticas a respeito do que foi chamado de “indústria da loucura” (Fraga, Souza & Braga, 2006; Pitta, 2011). Este cenário pode ser ilustrado pelo fato de que em pouco mais de uma década a população internada em hospitais privados que recebiam recursos públicos aumentou de 30 mil para 98 mil, representando 80% dos leitos no território nacional (Pitta, 2011).

O crescimento exacerbado dos leitos psiquiátricos, as precárias condições de vida nas instituições, violação de direitos humanos e qualidade insatisfatória do atendimento aos pacientes tornaram-se alvo de críticas (Rosa, 2003). Assim, na década de 1980, sobretudo com a redemocratização do país, ganharam força movimentos sociais que discutiam a política pública de saúde e a atenção oferecida a pessoas com problemas de saúde mental, incluindo movimentos de profissionais da saúde mental e de outros atores sociais sobre a reformulação das práticas em saúde pública. Neste contexto, surge a Reforma Psiquiátrica Brasileira que se constituiu como uma política governamental que vem sendo implementada no país (Assis, Barreiros & Conceição, 2013).

A organização da discussão de um novo modelo de atenção em saúde mental, que mais tarde influenciaria as políticas públicas de saúde do Brasil, ocorreu durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992), culminando na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001) (Hirdes, 2009). No cenário internacional, a Declaração de Caracas, firmada em 1990, constitui-se como outro marco teórico e político, ajudando a fortalecer a Reforma Psiquiátrica no Brasil. Por meio deste documento, os países da América Latina, inclusive o Brasil, assumiram o compromisso de reformular o cuidado em saúde mental, transformar o modelo centralizado no hospital psiquiátrico a fim de promover práticas extra-hospitalares, os direitos humanos e civis da população com algum tipo de sofrimento mental (Hirdes, 2009).

Estes movimentos sociais colocaram juntos grupos sociais oprimidos questionando a situação de exclusão e desigualdade que viviam. Nesta mesma época, a luta pelo alcance da

cidadania e direitos democráticos convivia com a má distribuição de renda e com a crise econômica. Esta luta ficou marcada pela ambiguidade, pois à medida que se buscava garantir os direitos democráticos, mais o Estado falhava em garantir direitos sociais (Paoli & Telles, 2000).

Segundo Amarante e Diaz (2012), na década de 1990, os movimentos sociais foram fundamentais na redefinição do papel do Estado para além de ações clientelistas. Grupos sociais antes à margem da sociedade começaram a participar na construção de políticas públicas por meio de vários fóruns de negociação e participação. No entanto, tais transformações também incorreram no antagonismo entre a ampliação da democracia e cidadania, e o modelo neoliberal que propõe um Estado menos presente na economia, afastamento-se da garantia de direitos sociais e ampliando a liberdade de iniciativa privada.

A própria constituição do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990, foi fundada na acomodação de interesses opostos. Por um lado, o SUS foi criado para resguardar um dos direitos fundamentais descritos na Constituição Federal de 1988, a saúde enquanto direito de todos e dever do Estado (Constituição da República Federativa do Brasil, 1988). Por outro lado, a classe médica que apoiava a Reforma Sanitária, movimento reconhecido pela luta a favor da criação do SUS, afastava-se do objetivo inicial em favor dos interesses econômicos da classe (Menicucci, 2014). Como resultado, o SUS coexiste com uma rede de assistência privada à saúde cada vez mais forte.

Da mesma forma, o movimento dos trabalhadores de saúde mental sempre encontrou obstáculos que dificultaram a implantação de um projeto de cuidados em saúde mental baseado no resgate da cidadania e convívio com a comunidade. Dentre estes obstáculos estavam os proprietários dos hospitais psiquiátricos privados que tiveram seus interesses financeiros contrariados, os familiares que historicamente haviam aprendido que o único tratamento possível para doenças mentais era alcançado por meio da internação e classes profissionais conservadoras que foram treinadas para trabalhar com pacientes em sofrimento apenas por meio das internações psiquiátricas (Fraga et al., 2006).

Neste contexto, a Reforma Psiquiátrica surgiu como movimento pautado na desinstitucionalização, promoção da cidadania e autonomia, reinserção social dos sujeitos e valorização da subjetividade da pessoa que recebeu algum diagnóstico psiquiátrico. Esta reforma exige o desenvolvimento de práticas intersetoriais de cuidado na comunidade (Gonçalves & Sena, 2001). Para Amarante (1996) o movimento pela Reforma Psiquiátrica inspira-se na desinstitucionalização como desconstrução.

Amarante (1996) propõe três modelos de desinstitucionalização: a desinstitucionalização como desospitalização, a desinstitucionalização como desassistência e a desinstitucionalização como desconstrução. O conhecimento sobre a distinção entre cada um desses modelos nos permite compreender como se deu o processo de desinstitucionalização, no âmbito teórico e prático, no nosso país. A proposta da desinstitucionalização como desospitalização surgiu nos EUA, no começo da década de 1960, sendo construída dentro dos projetos de psiquiatria preventiva e comunitária, consistindo em ações de desospitalização. Apesar dessa proposta criticar a organização do sistema psiquiátrico vigente por ser baseado basicamente em internações hospitalares, esta não confrontava o conhecimento que sustentava tais internações. Para Amarante, o objetivo maior dessas reformas estava na diminuição dos gastos públicos voltados à assistência das pessoas com problemas de saúde mental. No entanto, percebe-se que, na prática, os dispositivos comunitários serviram para ampliar a demanda por internações ao invés de fechar os hospitais psiquiátricos. Em relação a desinstitucionalização como desassistência, para Amarante, esta proposta se apresentava como contrária à desinstitucionalização, por entender que consistiria em mera desospitalização, ou seja, os pacientes seriam novamente desamparados só que dessa vez o Estado se esquivaria da sua responsabilidade para com os pacientes e familiares. Este movimento incluiu grupos conservadores que se opuseram a ampliação de direitos de grupos minoritários e também grupos que possuíam interesses financeiros em manter o atual arranjo da psiquiatria (indústrias farmacêuticas, organizações psiquiátricas e empresários psiquiátricos). Já a desinstitucionalização como desconstrução, seria para Amarante a tendência de realizar uma crítica epistemológica ao saber psiquiátrico, tendo como principal norteador o processo de desinstitucionalização teórico-prática desenvolvida por Franco Basaglia. A partir de 1970, o Movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira iniciou contato com Franco Basaglia diante das transformações notáveis em âmbito internacional que ocorreram na Itália como, o fechamento do Hospital de Gorizia, e a emergência da “psiquiatria democrática” e das “redes alternativas a psiquiatria” e promulgação da lei 180/78, marco da Reforma Psiquiátrica Italiana.

A Reforma Psiquiátrica contribuiu para a promulgação da lei n. 10.216 (2001), legislação vigente no país que orienta a Política Nacional de Saúde Mental. Esta dispõe sobre a prioridade do tratamento na comunidade e repudia as instituições com características asilares. Segundo esta lei federal, a possibilidade de internação psiquiátrica será realizada mediante laudo médico que disponha sobre seus motivos, havendo três formas de internação: a voluntária (prevê a concordância do usuário com a necessidade de internação); involuntária (solicitada por terceiros e sem o assentimento do usuário, devendo ser informada por um médico ao Ministério

Público em até 72 horas); e compulsória (com determinação pela Justiça, sem o assentimento do usuário e podendo ocorrer contra a vontade da família). Ainda, no caso da internação compulsória, a família pode solicitar a internação contra a vontade do usuário de drogas perante o judiciário, pois, muitas vezes, aqueles familiares que não conseguem acesso a internações involuntárias gratuitas e não possuem recursos econômicos para pagá-las, sendo uma forma de garantir esse acesso por meio de ações judiciais. De acordo com Xavier (2015), as internações solicitadas por via judicial seriam uma forma de obter vaga em serviços com longas listas de espera.

Entretanto, uma década antes da promulgação desta lei já havia algumas experiências de espaços de intervenções comunitárias inovadoras na saúde mental. As práticas reconhecidas como marcos teórico da transição de um modelo psiquiátrico para um modelo comunitário foram desenvolvidas pela Casa de Saúde Anchieta, em Santos, pelo Centro de Atenção Psicossocial Dr. Luís da Rocha Cerqueira, em São Paulo, e o Centro Comunitário de Saúde Mental de São Lourenço do Sul (Nossa Casa), Rio Grande do Sul (Hirdes, 2009). As intervenções desenvolvidas nestes serviços inspirou a criação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) implantados em nível nacional após a publicação da Portaria n. 189 (1991) pelo Ministério da Saúde em 1991.

Por conseguinte, as internações são consideradas medidas excepcionais, pois a atenção à saúde mental deve ser oferecida, principalmente, pelos dispositivos extra-hospitalares, como os CAPS. Os CAPS dirigem-se ao cuidado da saúde mental e os CAPS-álcool e drogas (CAPSad) são voltados ao cuidado dos usuários de álcool e outras drogas. Estes foram instituídos com objetivo de superar o modelo manicomial, integrando os serviços da rede pública de saúde comunitária por meio da oferta de cuidados particularizados ao paciente e sem retirá-lo do convívio com seus familiares e comunidade. São colocados como serviços estratégicos na construção de espaços inclusivos e de convivência entre família, comunidade e usuários (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2013).

No entanto, existem tensões na constituição da reforma psiquiátrica brasileira que estão presentes até hoje. Para Amarante e Diaz (2012), existem grupos que criticam a política pública atual de atenção à saúde mental com base no argumento de que os serviços existentes são ineficientes, ganhando apoio de familiares, políticos e da sociedade. Uma imagem usada para justificar este argumento seria apontar que muitas pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico continuam excluídas, morando nas ruas e sem acesso a serviços sociais e de saúde. Para grande parte da população, a internação dessas pessoas representaria a oferta de cuidados especializados 24 horas, de alimentação e medicação.

De acordo com Pitta (2011), a existência de tensão entre os movimentos sociais e os executores da Reforma Psiquiátrica brasileira também contribuiu para que a reforma se afastasse das suas demandas iniciais. Diferentemente da reforma que ocorreu em países como Itália e Canadá em que aqueles que reivindicavam mudanças foram os mesmos que construíram os serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico, no Brasil foi depositado no poder político a responsabilidade de realizar as mudanças, sendo que a população que tem contato direto com o problema permaneceu alheia a construção destes serviços.

Em meio a esta tensão, surgiram grupos que defendem a desinstitucionalização e cidadania das pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico que por sua vez foram favoráveis à legislação que vem norteando a construção das nossas políticas públicas nessa área. E por outro lado, surgiram grupos, financiados pela “indústria da loucura”, contrários à Reforma Psiquiátrica por temerem as mudanças nas políticas públicas, preocupados com o fim das internações e com a lacuna no cuidado dos pacientes (Amarante, 1995). Considerando tal cenário, esta polarização é útil? Para quem esta polarização é útil? Ela parece ofuscar as necessidades das pessoas que buscam algum tratamento em saúde mental. De acordo com Gergen (2009a), na cultura ocidental sustentada pelo discurso individualista nós tendemos a posicionar “eu” em primeiro lugar. Mas todas as relações nas quais glorificamos o “meu grupo” estão acompanhadas pelo descrédito do “grupo deles”. Essa polarização nos convida a criação do outro enquanto a representação do mal e estimulando a segregação. Nestas condições, como nós podemos ir além da discussão entre o que é certo e errado? E como nós podemos avançar juntos?

A mudança da legislação que regula nossa Política Nacional de Saúde Mental não é em si mesma suficiente para transformar as práticas dos profissionais que atuam no campo. Para Hirdes (2009), apesar do aumento do número de serviços extra-hospitalares a partir de 2004, o processo de desinstitucionalização exige dos profissionais reflexão contínua sobre as práticas. É necessário que os CAPS sejam vistos como espaços de passagem, superando ações centralizadas na doença e prescrição de medicação, caso contrário os serviços ambulatoriais podem reproduzir a institucionalização. A transformação de um paradigma hospitalocêntrico para um modelo comunitário requer uma mudança dos sentidos construídos em torno da pessoa que recebeu um diagnóstico psiquiátrico nas nossas relações cotidianas. Para Burr (2015), podemos construir novos sentidos a partir do momento em que estamos conscientes de como nossas práticas profissionais se posicionam em relação ao discurso dominante. E se a linguagem constrói e mantém o discurso dominante, isto também significa que a linguagem constitui o nosso principal recurso para desafiar o mesmo.

Todavia, as discussões e transformações das políticas de saúde mental não incluem igualmente reivindicações quanto ao investimento em ações de saúde comunitárias voltadas para o atendimento das pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico devido ao uso de drogas, visto que o Ministério da Saúde vem incluindo o cuidado ao usuário de drogas nas ações de saúde mental somente a partir de 2003 (Ministério da Saúde, 2004).

Portanto, no próximo capítulo busco delinear a construção das políticas públicas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas, considerando o contexto histórico e cultural no qual se deu tal construção.

CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS

4. CONSTRUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS SOBRE ÁLCOOL E DROGAS

A partir da segunda metade da década de 1980, as políticas públicas nacionais sobre drogas passariam por transformações, sendo influenciadas pela estratégia de redução de danos. Esta estratégia surgiu na Holanda e no Reino Unido e tinha visão diferente sobre o uso problemático de drogas, pautando-se na ideia de que o consumo de drogas sempre esteve presente na história da humanidade. Esta proposta se consolidou internacionalmente, na década de 1990, pelo impacto produzido na prevenção de transmissão do HIV/AIDS entre usuários de drogas injetáveis (Alves, 2009).

No contexto brasileiro, as primeiras discussões acerca da redução de danos coincidem com o fim de 21 anos da ditadura militar, o processo de redemocratização do país e o movimento pela Reforma Psiquiátrica. As primeiras ações de redução de danos surgem fora do campo das políticas públicas em 1989, na cidade de Santos-SP que apresentava as maiores taxas de casos de HIV/AIDS relacionadas ao compartilhamento de seringas por usuários de drogas (Petuco, 2016).

Entretanto, a implantação da redução de danos foi interrompida porque esta proposta se chocava com interesses tradicionais de setores da sociedade como a Polícia Federal, o Ministério Público, a Igreja Católica e, inclusive, a Presidência da República. Sendo que, muitas vezes, as estratégias de redução de danos eram vistas pela sociedade como ações que incentivavam o uso de drogas ilícitas (Machado & Miranda, 2007).

Apenas seis anos mais tarde, com o crescimento da transmissão da AIDS entre usuários de drogas injetáveis, as ações de redução de danos foram retomadas por serviços vinculados às universidades públicas, realizando troca de seringas abertamente (Alves, 2009). Dessa forma, iniciou-se a implantação da estratégia de redução de danos relacionados ao uso de drogas sem determinar a cessação do uso. Mas o trabalho dos redutores de danos não se restringia às trocas de seringas, pois contribuiu garantindo o acesso ao tratamento de problemas que não estavam necessariamente relacionados ao uso de drogas como, a articulação de serviços da saúde, assistência social e educação, e o aumento da adesão das pessoas ao tratamento (Petuco, 2016).

Em um segundo momento, a redução de danos foi integrada, como técnica e paradigma, à Política do Ministério da Saúde de Atenção Integral para Usuários de Álcool e Outras Drogas (Passos & Souza, 2011). Esta integração ocorreu quando o Ministério da Saúde reconheceu o uso de drogas como um problema de saúde pública e discorreu sobre a necessidade da construção de uma rede de atenção a usuários de álcool e outras drogas constituída por serviços extra-hospitalares, dispondo sobre a implementação de CAPSad, com a ampliação da estratégia

de redução de danos e o alcance aos direitos de acesso às intervenções preventivas por pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (Portaria n. 816, 2002).

Ao formular esta política, o Ministério da Saúde admitiu a negligência do Estado ao longo da história na elaboração de ações de saúde comunitárias voltadas para o atendimento das pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas (Ministério da Saúde, 2004). Iniciou-se a discussão da exclusão dos usuários de drogas diante das internações e prisões e da necessidade de elaboração de ações em saúde que atendessem integralmente as pessoas que faziam uso de drogas.

Dessa forma, a redução de danos se constituiu como uma proposta alternativa à ênfase das internações dos usuários de drogas, considerando que quando a abstinência é estabelecida como meta dificulta-se o acesso aos serviços de saúde daqueles que não conseguem ou não desejam alcançar tal meta. Isto faria com o tratamento operasse como cárcere ao invés de questionar a reclusão.

A alteração de enfoque de um sistema hospitalocêntrico para um modelo comunitário associado à rede de saúde e à rede social deve se estender às pessoas que consomem álcool e outras drogas. Conforme a Reforma Psiquiátrica, o tratamento ambulatorial deve ser enfatizado com ações no âmbito dos CAPS, Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT), Centros de Convivência e outras estratégias de reinserção social (Mateus, 2013). Os CAPS seriam o principal eixo de articulação desta política, dessa forma, o CAPSad deve oferecer atendimento diário àqueles que usam álcool e outras drogas, seguindo a lógica de redução de danos. Para isso, o CAPSad oferece atendimento personalizado por meio do atendimento intensivo (paciente que necessita de acompanhamento diário), semi-intensivo (paciente que é acompanhado alguns períodos na semana), e não-intensivo (paciente que frequenta algumas atividades pontuais) (Ministério da Saúde, 2004).

Contudo, as internações psiquiátricas relacionadas ao consumo de álcool e outras drogas começaram a ser discutidas com mais intensidade apenas em 2002 com a definição do Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas pelo Ministério da Saúde. O programa afirma que o uso de drogas é um problema de saúde pública e propõe uma política pública no âmbito da saúde mental direcionada ao atendimento desta população, sendo necessária ampliação do número de atendimentos ambulatoriais, da estratégia de redução de danos e o alcance aos seus direitos (Portaria n. 816, 2002). Como política de saúde, a redução de danos aceita que o consumo de drogas faz parte do nosso cotidiano, tratando a questão sem julgamentos morais e criminais sempre fundamentada no respeito ao indivíduo,

com o objetivo de reduzir os prejuízos de natureza biológica, social e econômica decorrentes do uso de drogas (Kinoshita, Silva & Silveira, 2013).

Em consonância com a lógica de redução de danos, o consumo de drogas é entendido como um fenômeno transversal na história e nos contextos culturais. Em cada momento histórico este consumo foi significado de formas diferentes, sendo que nem sempre foi visto como danoso para a sociedade ou para o sujeito (Brasil, 2014). Cada contexto possui seu próprio conjunto de leis e costumes, estabelecidos ou reforçados por distintos agentes culturais que operam como controles sociais formais e informais para o uso das drogas (Brasil, 2014). Nesse sentido, observa-se que nem todas as pessoas que já consumiram algum tipo de droga desenvolveram um uso abusivo. Cerca de 250 milhões de pessoas (5% da população global entre 15 e 64 anos de idade) usaram pelo menos uma vez alguma droga ilícita em 2015. Aquelas pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico relacionado ao uso de drogas ilícitas, por outro lado, somaram cerca de 29,5 milhões, por volta de 0,6% da população mundial (United Nations Office on Drugs and Crime [UNODC], 2017).

Visando fortalecer o cuidado comunitário, o Ministério da Saúde criou a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Portaria Ministerial n. 3.088, 2011). Esta deve ser composta por diferentes componentes que devem estar integrados e articulados visando à efetiva atenção a saúde das pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico relacionado ou não ao consumo de drogas. Para Assis et al. (2013) tais progressos são recentes e se estenderam mais lentamente ao cuidado dedicado aos usuários de drogas em comparação com aquele direcionado às pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico.

Paralelamente houve uma expansão no Brasil, entre os anos 2001 e 2007, do número de internações psiquiátricas decorrentes do uso de drogas. Este período apresentou total de 965.318 internações decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. A partir de 2007, verificou-se uma tendência de aumento das internações (Duarte, Stempliuk & Barroso, 2009). Considerando as internações relativas ao uso de drogas no Sistema Único de Saúde, ocorridas em 2007, o maior número de internações foi devido a algum transtorno mental e comportamental por uso do álcool, aproximadamente 69% dos casos, logo após, encontram-se as internações por uso de múltiplas drogas (23% das internações), seguida pelo uso de cocaína (5% das internações) (Duarte et al., 2009). Dentre os diagnósticos psiquiátricos relacionados ao uso de drogas, o uso de álcool é o que mais causa mortes, 90% dos casos, seguido do tabaco com 6%, múltiplas drogas com 0,7%, e de cocaína com apenas 0,4% (Duarte et al., 2009).

Apesar destas estatísticas não demonstrarem que o álcool e tabaco são drogas mais viciantes que as drogas ilícitas, porque a exposição às drogas lícitas é maior, o acesso às mesmas

é mais fácil e de certa forma seu consumo é socialmente mais aceito, tais estatísticas nos levam a questionar se as propriedades químicas são as únicas causas do uso problemático de drogas. Destaca-se que a elaboração de legislações e regulação do uso de drogas em diferentes momentos e lugares não são determinadas apenas pelos prejuízos das drogas à saúde, mas estariam relacionadas às pressões externas de diferentes setores da sociedade influenciados por discursos morais, jurídicos/criminais e biomédico (Corradi-Webster, 2013). Segundo Assis et al. (2013) informações sensacionalistas sobre o consumo de crack, fortemente propagadas pela mídia, transformaram o crack numa epidemia. Para estes autores, o crack é acusado de ser o responsável pelo aumento da violência urbana, insuflando ações extremadas de repressão policial ou uso generalizado das internações compulsórias, reforçando o imaginário social acerca da eficácia da internação na resolução do uso. Houve uma pressão para que o Estado disponibilizasse mais leitos para internação dos usuários, havendo uma desvalorização da estratégia de redução de danos.

A ampliação dos leitos para internação dos usuários de drogas e desvalorização da estratégia de redução de danos pelo Estado foram construídas, principalmente, por duas questões, a saber: o contexto de pânico moral em torno da questão do uso de drogas somado às contradições dos pilares fundantes do SUS e da Reforma Psiquiátrica, nos quais houve acomodação de interesses das classes populares com a garantia de direito à saúde e da classe médica com a garantia da hegemonia do seu saber. Assim, o Governo Federal criou o Programa “Crack, É Possível Vencer” que buscou oferecer ações voltadas para a prevenção, assistência e combate ao uso de crack e outras drogas. Vultosos recursos financeiros foram investidos em equipamentos que oferecessem vagas para internação e tratamento de usuários, sendo estas enfermarias especializadas, comunidades terapêuticas e clínicas privadas (Decreto n. 7179, 2010). Tal política estimulou a ampliação das comunidades terapêuticas diante da lacuna do Estado em oferecer intervenções mais eficazes. Contudo, Pitta (2011) lembra que de acordo com o movimento da Reforma Psiquiátrica brasileira estas instituições são consideradas como baseadas em práticas manicomiais.

Alguns anos após a criação deste programa, um Grupo de Trabalho das Nações Unidas, em visita ao Brasil em 2013, apontou preocupações acerca das detenções e internações compulsórias de pessoas que consomem drogas. O grupo verificou que estas pessoas eram em sua maioria jovens, pobres e que moravam na rua, detidas pela polícia sem relação com crimes, mas com o intuito de retirar essa população das ruas principalmente devido à proximidade de eventos internacionais como Copa do Mundo em 2014 e Jogos Olímpicos em 2016 (UNODC, 2013).

Vale destacar que o crack não é o único causador da situação de exclusão encontrada nas “Cracolândias”. Muitas pessoas estão ali por estarem à margem do mercado de trabalho e pela falta de acesso a inúmeros bens de cidadania, como saúde, educação e moradia. Seria simplista pensar que a internação forçada resolveria toda a situação, pois após o tratamento esta população continuará excluída (Kinoshita et al., 2013).

O aumento das internações também tem chamado atenção diante dos relatos de práticas que violam os direitos humanos dos usuários de drogas internados. Segundo relatório do Conselho Federal de Psicologia (CFP) sobre inspeção nacional realizada nas comunidades terapêuticas (CT) é preocupante o grande investimento de dinheiro público a partir dos convênios com as CT que oferecem condições precárias de atendimento e violam os direitos humanos. Além disso, o que agrava este cenário é que muitas CT estão em desacordo com os princípios da Reforma Psiquiátrica (CFP, 2011).

Alguns estudos discutem a eficácia das internações forçadas, segundo Urbanoski (2010) programas de tratamento baseados em abstinência não são adequados para todos os pacientes com problemas relacionados ao uso de drogas. Indivíduos com histórico de uso severo de drogas tem um alto risco de não conseguir acompanhar este tipo de tratamento, gerando uma culpa adicional ao paciente. Para o autor, a ênfase em tratamentos compulsórios trazem mais benefícios e proteção para a sociedade do que para o próprio indivíduo, resultando na imposição de tratamento ou determinação de períodos maiores de internação que o necessário, mesmo quando demonstrado sua ineficácia.

Em pesquisa avaliando a eficácia do tratamento da dependência em cocaína e/ou crack em diversas CT do interior de São Paulo, Amadera, Ramos e Galduróz (2013) encontraram eficácia extremamente baixa em relação à abstinência completa após um ano da conclusão do tratamento. As taxas de abstinência completa foram maiores entre o grupo internado voluntariamente quando comparadas ao grupo internado involuntariamente, e períodos maiores de internação não apresentaram diferença quanto à eficácia.

Ainda, em pesquisa realizada por Vieira, Caldana e Corradi-Webster (2013) com auxiliares de enfermagem psiquiátricos, sobre suas práticas e sobre pessoas internadas por uso de substâncias psicoativas, os auxiliares relataram que é muito grande o volume de reinternações em curto intervalo de tempo após os pacientes receberem alta. Os entrevistados associaram isto às condições inadequadas dos serviços substitutivos extra-hospitalares.

Após descrição do processo de construção das políticas públicas em saúde mental e, especialmente, no campo sobre álcool e outras drogas, é importante apresentar os estudos que buscaram explorar como a família do usuário de drogas se posiciona diante da questão do uso

de drogas e o percurso dos familiares em busca da internação involuntária e compulsória do usuário de drogas.

SOBRE A FAMÍLIA DOS USUÁRIOS DE DROGAS

5. SOBRE A FAMÍLIA DOS USUÁRIOS DE DROGAS

Famíliares frequentemente estão envolvidos na solicitação de internações psiquiátricas involuntárias e compulsórias de pessoas que consomem álcool ou outras drogas. O estudo realizado por Oliveira, Pinto, Aguiar, Sampaio, e Medeiros (2011) buscou explorar os fatores sociodemográficos e clínicos de pacientes que estavam em internação psiquiátrica involuntária (140 pacientes) e voluntária (253 pacientes). Os autores observaram que nos dois tipos de internação os familiares representaram os principais acompanhantes dos pacientes no momento da internação, correspondendo a 88,6 % nas internações involuntárias e 76,3 % no caso das internações voluntárias. Em pesquisa semelhante T. L. Silva (2011) identificou que, dentre 240 internações em unidade psiquiátrica de hospital geral no primeiro semestre de 2011, em 48,8% dos casos o motivo da internação foi o uso de substância química, 36,7% dessas internações foram involuntárias sendo um familiar responsável pela internação involuntária em 77,2% dos casos.

O uso de coerção nas internações psiquiátricas tem gerado debate considerável, em primeiro lugar entre políticos e profissionais e, mais recentemente, entre associações de pacientes e de familiares. Associações de pacientes geralmente enfatizam o respeito dos direitos individuais, enquanto familiares podem insistir mais sobre o dever do médico de tratar pessoas com doenças mentais, mesmo contra sua vontade (Bonsack & Borgeat, 2005). Para Noble e Douglas (2004), geralmente familiares cuidadores solicitam mais apoio e intervenções intensivas, ao contrário dos pacientes que preferem opções de tratamento que respeitem sua autonomia e sua independência.

Nesse sentido, C. D. Oliveira (2009) realizou estudo descritivo analisando a vivência de um adolescente usuário de crack que foi acorrentado pela mãe na tentativa de que o filho não consumisse a droga. O fato passou a ser noticiado repetidamente pela mídia e teve repercussões nas intervenções que misturaram noções de saúde e tratamento como punição. Ganharam destaque os comportamentos decorrentes do uso de crack, como roubar, agredir e ameaçar os familiares, abandonar a escola e não aceitar o tratamento, ficando em segundo plano o contexto social familiar e o quadro de violência doméstica e alcoolismo do pai. Este autor encontrou nas várias reinternações compulsórias solicitadas pela família e pelo judiciário, a presença do ideal de cura e abstinência nas falas da mãe, nos documentos elaborados pelo conselheiro tutelar, pelo promotor e nas determinações de internação do juiz. Para o autor, a internação assumiu papel de afastar o jovem do consumo de drogas pelo maior tempo possível.

Orth e Moré (2008) também buscaram conhecer a dinâmica das famílias de usuários de drogas, a partir de entrevistas realizadas com famílias atendidas em grupo em um CAPSad. Foi verificado que a conscientização de que um integrante da família tinha problemas com uso de drogas baseava-se na ideia de que apenas este integrante precisava de tratamento e que o problema que se estendia por anos deveria ser resolvido de forma imediata. Estas famílias, na tentativa de solucionar a questão, buscavam a internação em hospitais ou em chácaras geridas por seguimentos religiosos e ajuda em instituições religiosas.

A perspectiva construcionista social nos convida a compreender o percurso histórico da construção da dinâmica familiar no campo da saúde mental. Conforme discussão anterior acerca da construção histórica e cultural a respeito da “loucura”, à medida em que esta passou a ser entendida como doença, o tratamento consistia no isolamento do doente do contexto familiar e social porque em um ambiente altamente hierarquizado ele poderia aprender a se comportar de uma maneira saudável (Foucault, 1987). Segundo Rosa (2003), a “loucura” era vista como um produto da desestrutura familiar e da dinâmica familiar doente. Dessa forma, o “louco” precisava ser isolado da família e da sociedade e colocado sob cuidado dos especialistas, retornando ao convívio com a família apenas após sua recuperação. A família era essencialmente culpabilizada pelo diagnóstico recebido por um de seus membros.

Com o movimento da Reforma Psiquiátrica a família juntamente com a comunidade passou a ser vista como importante no acolhimento da pessoa em sofrimento mental. A participação da família no tratamento dessas pessoas passou a ser valorizado e estimulado pelos serviços e profissionais da saúde. Por outro lado, contradições no processo de desinstitucionalização estão presentes à medida que o número e intervenções dos serviços ambulatoriais se mostram insuficientes para atender a demanda do usuário e das famílias (Bandeira, Lesage & Morissette, 1994; Cavalheri, 2010; Colvero, Ide & Rolim, 2004; Lougon, 1993). Os familiares, muitas vezes, inseridos nos serviços extra-hospitalares como meros informantes sobre as mudanças no quadro sintomático do paciente e vistos pelos serviços como resistentes e obstáculos ao tratamento proposto, contribuem para o desamparo dos grupos familiares (Colvero et al., 2004). Diante da demanda significativa da responsabilidade da família no cuidado das pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico e da redução do comprometimento do Estado na construção da rede substitutiva emergem o sentimento de desamparo e sobrecarga dos familiares (Cavalheri, 2010; Colvero et al., 2004; Navarini & Hirdes, 2008).

Nesse sentido, surge a necessidade de propostas de trabalho que posicione a família como parceira dos serviços de saúde mental ao invés de culpá-la. Para ilustrar, segundo Martins,

Santos e Guanaes-Lorenzi (2014), a perspectiva construcionista social tem contribuído para a construção de práticas colaborativas com familiares atendidos por um hospital-dia psiquiátrico. A prática relacional convida os profissionais dessa instituição ao diálogo com a família e com o paciente, olhando para suas realidades e potencialidades. Esta abordagem vem permitindo que os familiares sintam-se acolhidos pelo serviços e incluídos na construção do tratamento do paciente.

Segundo Wild (2006) as pressões sociais colaboram de modo importante para a busca de tratamento para pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas. Os controles sociais legais (tratamento como alternativa às sanções criminais) e formais (estratégias institucionais baseadas em ameaças de perda de trabalho, guarda de filhos e outras penalidades), criados pelos legisladores, são demasiadamente influenciados por argumentos não empíricos sobre benefícios motivacionais e custo-efetividade do uso de controladores sociais (Wild, 2006).

Dessa forma, a internação compulsória de indivíduos com problemas relacionados ao uso de drogas foi abandonada ou caiu em desuso na maioria dos países desenvolvidos por duas razões principais: falha em tratar efetivamente o uso compulsivo de substâncias psicoativas, tendo a maioria dos pacientes retornado ao uso de drogas após sua alta; e pela violação dos direitos humanos dos usuários de droga (Hall et al., 2012)

Percebe-se uma retomada das práticas e concepções asilares na atenção às pessoas que apresentam uso abusivo de drogas, em oposição aos princípios e práticas postuladas pela Reforma Psiquiátrica e pela Política Nacional de Saúde Mental. Isto vem se dando por meio do discurso que apresenta os usuários de drogas como pessoas dominadas pelo poder da droga, sem condições de enfrentá-la em liberdade, precisando de controle externo. Neste discurso cabem as internações involuntárias, descaracterizando as abordagens substitutivas (Assis et al., 2013).

Para H. A. Lima et al. (2013), de acordo com profissionais da Justiça e gestores regionais da área de Saúde, um familiar solicita a internação compulsória por desejar o cuidado direcionado ao membro usuário de substâncias psicoativas e aos familiares em sofrimento. Segundo o autor, os entrevistados consideram que estas pessoas ao encontrarem a carência de serviços e ações de saúde direcionados a esta população, somado ao pouco conhecimento acerca das políticas públicas oferecidas, estimulam os investimentos municipais em intervenções de clínicas particulares ou de comunidades terapêuticas.

Nesse sentido, Albarracín et al. (2009) ao investigarem a perspectiva de 104 familiares e amigos de consumidores de drogas ilícitas em relação ao tratamento de problemas decorrentes deste uso na Colômbia, encontraram que as três principais possibilidades de tratamento para

peessoas que usam drogas apontadas pelos participantes da pesquisa foram as comunidades terapêuticas (57%), os hospitais gerais (56%) e grupos religiosos (54%). E para 45% dos entrevistados a população que consome drogas deveria ser internada em hospitais e, pensando especificamente em seus familiares e amigos usuários de drogas, 25% achou o ideal seria a internação hospitalar (Albarracín et al., 2009).

J. Silva et al. (2009), por meio de um estudo multicêntrico, também exploraram as perspectivas de familiares e amigos de usuários de drogas em sete países (Brasil, Colômbia, Costa Rica, Equador, Guatemala, Honduras e México) sobre serviços, políticas e leis voltadas para o uso de drogas. Quando questionados sobre a disponibilidade de tratamento para usuários de drogas, os entrevistados mencionaram principalmente os grupos da igreja (52,8%) e hospitais gerais (47,2%). No geral, 73,4% dos entrevistados indicaram que não havia serviços suficientes na sua comunidade para tratar problemas de uso de drogas ilícitas e 72,6% indicaram dificuldades no acesso aos serviços.

Em muitos casos a internação psiquiátrica foi justamente o primeiro tratamento ao qual o sujeito teve acesso. Conforme apontaram Fabris e Zanchetti (2014) ao investigarem internações de crianças e adolescentes por uso de drogas, destas apenas 14,29% das famílias procuraram os serviços básicos de saúde ao descobrirem o uso de drogas, 50% das famílias entrevistadas não conheciam ou não tinham acesso ao CAPSad e somente 35,71% dos adolescentes haviam realizado outro tipo de tratamento antes da internação. Da mesma forma Scisleski, Maraschin e Silva (2008) observaram que dentre 41 adolescentes internados em hospital psiquiátrico nenhum deles havia sido atendido em serviços substitutivos antes da internação. Nesse sentido, Paula, Jorge, Albuquerque e Queiroz (2014) também observaram que a internação psiquiátrica foi a primeira opção de tratamento que os familiares buscaram para o parente usuário de crack, pois eles estavam sobrecarregados.

Esta demanda por internações também está presente no cotidiano dos serviços substitutivos como o CAPSad. Nasi, Oliveira, Lacchini, Schneider e Pinho (2015) verificaram que nos atendimentos realizados no CAPSad existia a demanda por inúmeras solicitações de internação compulsória. As entrevistas demonstraram a falta de consenso sobre esta modalidade de tratamento, uma vez que os profissionais afirmaram que em casos específicos, a internação era recomendada; os usuários perceberam que a internação deveria considerar os seus desejos para obter bons resultados; e por outro lado, os familiares, sobrecarregados devido ao uso da droga pelo familiar, entenderam a internação como forma de aliviar suas responsabilidades diante dos cuidados dispensados aos usuários e resolver o problema de uso de drogas (Nasi et al., 2015).

Hoge et al. (1993) também observaram percepções diferentes sobre o grau de coerção sofrido pelos pacientes durante internações entre a família do paciente, os profissionais e o paciente. Os autores destacaram que os familiares e profissionais percebiam menos alternativas frente à internação do que os pacientes internados. Apesar dos pacientes terem dificuldade de especificar quais seriam as alternativas, a maioria acreditava que existiam outras alternativas além da internação. Diferentemente dos pacientes entrevistados, os familiares relataram que eles queriam e sentiam que o paciente precisava ser internado.

Martins, Santos e Pillon (2008) em pesquisa com famílias com baixa renda, em situação de risco social e incluídas no Programa de Atenção Integral à Família, verificaram que a maior parte destes familiares acreditavam que possuíam reduzido ou nenhum conhecimento sobre substâncias psicoativas. Dentre os familiares entrevistados que relataram haver algum integrante com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas (60%), 50% experienciaram sentimento de revolta/indignação ao descobrirem tal uso e apenas 35,7% dos familiares procuraram tratamento para este, sendo que a forma mais mencionada foi a internação em clínicas.

De acordo com Vieira et al. (2013) auxiliares de enfermagem psiquiátricos apontaram ganhos secundários obtidos pelas famílias por meio da internação das pessoas que fazem uso de substâncias psicoativas, como afastar uma pessoa agressiva do ambiente familiar e social. Relataram, também, dificuldade em trabalhar com muitas internações compulsórias que tem sua alta condicionada às determinações do juiz, gerando longos períodos de internação, mesmo sendo possível a alta hospitalar. Grande parte da sociedade, em consonância com os meios de comunicação, apoia que o uso de drogas está relacionado ao comportamento violento do usuário. Segundo Rodrigues, Conceição e Iunes (2015) ao analisarem matérias publicadas em um jornal de Brasília/DF sobre o crack no ano de 2009, ano anterior a criação do plano de enfrentamento ao crack, observaram que o uso de drogas pelos filhos está associado a ocorrência de situações de violência familiar, entendendo que a relação entre droga e dinheiro motivaria tais violências. Assim a droga deveria ser combatida pela ação policial por representar uma ameaça para as famílias. Por outro lado, apontaram que no conteúdo das matérias destacava-se a necessidade de tratamento dos usuários de drogas, prevalecendo falas que se referiam à hospitais, atendimento psiquiátrico e criação de leitos. Dessa forma a internação psiquiátrica foi proposta como a única solução pelo governo e não houve menção a reinserção dos usuários na sociedade.

Nesse sentido, no que concerne a associação entre uso de drogas e agressividade do usuário de drogas, Reis, Guareschi e Carvalho (2015) realizaram estudo qualitativo de 14

processos judiciais de adolescentes que tiveram determinada sua internação psiquiátrica compulsória para tratamento do consumo abusivo de drogas, verificando a partir dos discursos dos profissionais a construção da noção do uso de drogas associado a comportamentos violentos, agressivos e descontrolados, justificando inclusive a internação forçada. Para os gerentes dos serviços de saúde pública para tratamento da dependência química, as famílias procuraram a internação compulsória, mesmo conhecendo outras modalidades de tratamento, porque queriam proteger os usuários de crack das situações de risco advindas do uso ou acreditaram que esta solicitação poderia agilizar o surgimento de vagas (Cardoso & Salina, 2013).

Todavia, Urbanoski (2010) defende o uso de outras ferramentas para o tratamento de usuários de drogas e álcool, além da internação. Intrincado ao crescimento destas internações, percebe-se a hegemonia de um discurso individualista de cuidado a saúde, pelo qual o problema diz respeito apenas ao sujeito, que deve ser isolado para tratamento. Assim pesquisas tornam-se importantes porque proporcionam a reflexão sobre quais estruturas socioculturais vigentes as políticas de drogas atuais têm ressaltado (Kinoshita et al., 2013).

FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

6. FORMULAÇÃO DO PROBLEMA

A Reforma Psiquiátrica alavancou uma série de transformações no campo da saúde mental em relação à visão quanto ao sofrimento mental, à pessoa em sofrimento e ao tratamento. Tais mudanças alcançaram a legislação brasileira na construção de uma rede de atenção à saúde mental que se pauta na desinstitucionalização e tratamento comunitário, com internações que devem ser motivadas e curtas. Tardamente este cuidado estendeu-se às pessoas que realizam tratamento em saúde mental devido ao uso de álcool e outras drogas. Soma-se a este descaso do Estado a propagação pela mídia do consumo de crack no Brasil, como uma epidemia. Tal cenário possibilitou o fortalecimento da repressão penal do uso de drogas e a tendência de aumento das internações voluntárias, involuntárias e compulsórias. O grande volume de internações e detenções compulsórias de pessoas que consomem drogas tem sido questionado por grupos de notoriedade internacional e especialistas, sendo entendidas como uma prática de higiene social. Pesquisas demonstram que a efetividade do tratamento baseado em abstinência é baixa e que as internações involuntária e compulsória não apresentam resultados suficientes. No entanto, os familiares ao vivenciarem situações de sofrimento, desamparo e sobrecarga no cuidado da pessoa que faz uso de álcool e outras drogas enfatizam ações centradas na abstinência como forma de tratamento. As modalidades de internação involuntária e compulsória passaram a ser solicitadas pelos familiares de pessoas com problemas relacionados ao uso de drogas em larga escala, acarretando alto custo para o SUS. Acredita-se que a família busque a internação involuntária ou compulsória por achar que desintoxicação é sinônimo de cura, por tentar proteger seus familiares de riscos associados ao uso e por desconhecimento das formas de tratamento. Dessa forma, levantam-se as seguintes questões: quais os sentidos construídos a respeito da internação involuntária e compulsória? Como esses sentidos são construídos? Para os familiares, o que caracteriza o uso problemático de drogas? Quais são os caminhos percorridos pela família na busca de tratamento para o usuário de drogas? Quais as expectativas e experiências destes familiares com a internação involuntária e/ou compulsória? Quais discursos estão envolvidos no processo de busca de internações involuntárias e compulsórias? Observando o percurso histórico das políticas de saúde mental no Brasil e no mundo, percebe-se a importância de continuar o debate sobre as políticas mais efetivas na área, fazendo-se necessário a realização de estudos que considerem a compreensão dos familiares acerca das políticas públicas e práticas no cuidado daqueles que consomem álcool e outras drogas.

OBJETIVOS

7. OBJETIVOS

Esta pesquisa propõe compreender como os sentidos sobre a internação involuntária ou compulsória do sujeito que usa álcool e outras drogas foram construídos pelos seus familiares.

Objetivos específicos:

- a) Compreender como familiares de usuários de drogas que passaram por internações constroem este consumo como um problema;
- b) Identificar os caminhos percorridos por estas famílias em busca de tratamento e cuidados frente ao uso de drogas;
- c) Descrever as expectativas e experiências destes familiares com a internação involuntária e/ou compulsória;
- d) Analisar discursos envolvidos no processo de busca de internações involuntárias e compulsórias a partir de um estudo de caso de uma das entrevistas realizadas.

PERCURSO METODOLÓGICO

8. PERCURSO METODOLÓGICO

8.1 Delineamento teórico metodológico

Esta pesquisa caracteriza-se como qualitativa e descritiva, utilizando de inteligibilidade construcionista social. Segundo Gergen (2009b) a pesquisa construcionista social busca explicar os processos por meio dos quais as pessoas narram, explicam e dão sentidos ao mundo em que vivem e às suas próprias vidas. Para McNamee (2010) as realidades vividas são construídas nas interações cotidianas com outras pessoas, dessa forma, o foco da pesquisa construcionista está na ação conjunta ou no que as pessoas fazem juntas e o que suas ações geram. Para esta autora, os sentidos atribuídos à certas palavras, ações e objetos são uma construção que ocorre por meio das relações interpessoais, sendo verdadeiros para aquela comunidade na qual foram construídos, não existindo a realidade objetiva universal, mas em vez disso, múltiplas realidades que foram comunitariamente construídas.

Para Spink (2013), o sentido é uma construção dialógica, contextualizada histórica e culturalmente, sendo utilizado pelas pessoas para construir as ideias pelas quais elas possam compreender e encarar as situações e fenômenos do cotidiano. Para a autora, a produção de sentidos envolve a interface de três momentos: o tempo longo, tempo vivido e tempo curto. O tempo longo consiste em produções culturais historicamente construídos, são anteriores à vivência das pessoas, e podem ser encontradas nas instituições, normas e regras sociais. O tempo vivido aborda a atualização dos conteúdos do tempo longo por meio das práticas discursivas que ocorrem nos processos de socialização. O tempo curto relaciona-se às relações face a face do dia-a-dia, do passado recente e do futuro esperado, permitindo compreender o processo da produção de sentidos.

É dentro das nossas interações sociais que construímos os mundos onde vivemos. No entanto, isso não significa que nada seja real. Em vez disso, sempre que as pessoas apresentam suas ideias sobre algum fenômeno, elas estão falando de um ponto de vista específico (Gergen, 2015). Para ilustrar, o uso problemático de drogas pode ter sentidos diferentes de acordo com as tradições e comunidades dentro das quais esses sentidos foram construídos. Assim, as pessoas podem explicar o uso problemático de drogas como um problema biológico, um problema social, um problema moral ou um problema psicológico. Segundo McNamee (2010), os sentidos atribuídos a certas palavras, ações e objetos são construídos nas interações que ocorrem em uma comunidade particular, tempo e contexto cultural / histórico. Portanto, o sentido é sempre local e contextualizado, ou seja, nenhum sentido é universal ou objetivo. Ao

contrário, vivemos em um mundo de múltiplas realidades que são construídas em comunidade. Assim, a produção científica não seria obtida por meio do emprego impessoal das normas metodológicas descontextualizadas, mas construídas a partir de sentidos compartilhados no mundo de pesquisa (Gergen, 2009b).

Por meio das práticas discursivas as pessoas atuam, assumem e negociam os lugares sociais, isto gera efeitos na interação presente (Guanaes & Japur, 2003). A construção de sentidos não é feita livremente, pois a linguagem é ação social. Alguns discursos desencadearão certas práticas e restringirão outras. Para o mesmo objeto haverá inúmeros discursos diferentes contando algo distinto sobre este. Mas estes discursos estão dispostos de forma desigual, alguns serão mais hegemônicos e assumirão o lugar de verdade sobre o objeto no seio de uma dada comunidade (Corradi-Webster, 2013).

O rigor da pesquisa qualitativa relaciona-se a descrição da posição do pesquisador segundo duas vertentes: reflexividade pessoal, que sugere reflexões do pesquisador sobre quem ele é, e como seus interesses e valores interferem no desenvolvimento da pesquisa e da interpretação; reflexividade funcional, que alude à forma como a comunidade e como nosso modo de ser influenciam na aplicação da pesquisa e alcance dos resultados (Spink, 2013). Segundo Willig (2001) a reflexividade envolve o reconhecimento da contribuição do pesquisador no processo de construção de sentidos durante a realização da pesquisa sendo impossível manter-se neutro na realização da mesma.

O construcionismo contribui com três formas de práticas de pesquisa: a desconstrução, segundo a qual o processo de construção do objeto é apresentado, questionando o lugar que esta descrição ocupa; a democratização, que convida vários parceiros a dialogar sobre os modos e resultados da produção científica; e a reconstrução, que busca propor novos entendimentos, discursos e práxis capazes de gerar transformações sociais (Gergen, 1997). Estas práticas desconstrutoras e reconstrutoras posicionam-se diante da necessidade de refletir e rever as definições sobre as internações involuntárias e compulsórias, que retornam como forma de exclusão daqueles considerados inábeis para cuidar de si.

A inteligibilidade construcionista social tem contribuído para a realização de pesquisa sobre álcool e outras drogas, sustentando a reflexão sobre os discursos utilizados e assim ampliar o modo como as questões relacionadas ao consumo de drogas são entendidas e suas repercussões nas ações profissionais (Corradi-Webster, 2013).

Para realizar o estudo de caso, adotamos a compreensão de Foucault de discursos como práticas sociais situados num contexto histórico social específico que constroem o objeto do qual se fala (Willig, 2001). O termo discurso tem sido definido de diferentes formas devido a

sua vasta aplicação em estudos de diferentes áreas do conhecimento (Iñiguez, 2004). Segundo Olandi (2007), discursos são mais do que transmissão de informações, pois ao colocar sujeitos em relação com sentidos determinados por contextos históricos e culturais, os discursos influenciam no processo de construção de sujeitos e sentidos. Segundo Iñiguez (2004), discurso seria um conjunto de enunciados definidos pelas próprias condições do contexto no qual foi produzido, contribuindo para manter e promover certas interações sociais. Dessa forma, os discursos, simultaneamente, influenciam as estruturas sociais (regras e conjunto de interações dentro de um sistema social) e são influenciados por elas.

A perspectiva construcionista social desafia a descrição tradicional da personalidade enquanto estável e contida na mente da pessoa e nos convida a olhar para o processo de construção social, por exemplo, quando caracterizamos alguém como generoso, egoísta, tímido e confiante (Gergen, 2009a). Diante desta questão, a Teoria do Posicionamento (Langenhove & Harré, 1999) compreende que as pessoas assumem posições diferentes de acordo com suas interações sociais. As posições assumidas por alguém podem ser influenciadas pelos discursos dominantes. Assim como os discursos, as posições assumidas pelas pessoas também são passíveis de negociação e rejeição. No processo de interação social, à medida em que as pessoas posicionam o outro na relação, elas se posicionam e são posicionadas pelo outro, sendo que muitas vezes esse processo ocorre de forma não intencional.

8.2 Local

Este estudo teve como ponto de partida as associações privadas e sem fins lucrativos Amor Exigente (AE), em dois municípios do interior do estado de São Paulo. O AE é formado por voluntários, sendo estas pessoas da comunidade que participaram por mais tempo das atividades da associação, que tenham habilidade para trabalhar com grupos e realizaram capacitação exigida para ser um voluntário. O AE realiza grupo de auto e mútua ajuda com familiares e grupo de auto e mútua ajuda com pessoas que fazem uso problemático de substâncias. Estas atividades ocorrem separadamente. Também realizam trabalho de prevenção ao uso de drogas. A associação recebe demandas espontâneas de usuários e de familiares de usuários de drogas, não sendo necessário o encaminhamento de algum profissional.

A associação AE foi fundada no Brasil em 1985, sendo um programa destinado aos pais visando a prevenção e resolução de problemas dos seus filhos. De acordo com Menezes (1992), os 12 princípios que norteiam as práticas do grupo são:

- a) 1º Princípio - Identificador: os problemas familiares são influenciados por fatos culturais. Porém é preciso manter inalterados certos princípios como integridade moral e ética. Os relacionamentos humanos devem ser pautados por sentimentos genuínos como respeito, compreensão e amor.
- b) 2º Princípio - Humanizador: os pais enquanto seres humanos são passíveis de cometer erros. Portanto, os pais devem entender que possuem limitações e que a sua função enquanto pais assim como seu amor pelos filhos é insubstituível.
- c) 3º Princípio - Protetor: os pais devem ter consciência dos seus limites físicos, emocionais e econômicos. E assim, eles poderão ensinar aos filhos quais são seus deveres e responsabilidades.
- d) 4º Princípio - Valorizador: os pais precisam desempenhar papel de pais para que os filhos assumam papel de filhos. Os pais são responsáveis pelo desenvolvimento dos filhos e para tanto devem estabelecer limites e regras, e orientar os filhos segundo princípios morais e éticos prezados pela sua família.
- e) 5º Princípio – Libertador: a culpa é um sentimento que impede a tomada de decisão. Na medida em que os pais se libertarem de sentimentos como culpa e raiva, eles serão capazes de refletir sobre suas ações e entender que os filhos devem ser responsabilizados pelo seu próprio comportamento.
- f) 6º Princípio – Influenciador: entender que o seu comportamento influencia o comportamento dos outros e vice-versa. Assim, é preciso estar emocionalmente equilibrado para poder controlar a rotina familiar e aplicar os limites necessários.
- g) 7º Princípio: Preparador: diante do comportamento inadequado do filho é preciso que os pais corrijam-no de acordo com a gravidade de cada comportamento. Para isso, os pais devem ter uma postura clara e objetiva.
- h) 8º Princípio - Esperançador: uma situação de crise, se bem administrada, pode gerar mudanças importantes. Os pais devem estar preparados, definindo suas metas, estabelecendo prioridades, e elaborando estratégias.
- i) 9º Princípio -Apoiador: o grupo é um importante espaço para compartilhar e trocar experiências com outras pessoas da comunidade. Para o Amor Exigente o isolamento não é o melhor caminho. A partir do compartilhamento de suas histórias os participantes podem se ajudar e ajudar outros familiares
- j) 10º Princípio – Cooperador: dentro da família todos devem cooperar para o bem estar de todos os membros.

- k) 11º Princípio - Organizador: os filhos devem aprender a assumir a responsabilidade pelas suas ações, mas para isto os pais devem ser firmes quanto ao cumprimento das regras estabelecidas.
- l) 12º Princípio - Compensador: amor é o princípio básico, lembrando que educar e preparar o filho para viver em sociedade é expressão desse amor.

Também se busca trabalhar a espiritualidade durante as reuniões. É possível observar que a Associação atua sob a lógica da promoção da abstinência, considerando o uso abusivo de drogas como uma doença progressiva e incurável. A Associação é composta por 11 mil voluntários, tendo mil grupos distribuídos pelo Brasil e desenvolve cerca de 100 mil atendimentos mensais, considerando os encontros em grupo, cursos e palestras (Amor Exigente, n.d.).

O local foi selecionado tendo em vista que o presente trabalho teve como participantes os familiares de usuários de drogas e a Associação foi criada com o objetivo de oferecer apoio especificamente para familiares, atendendo a um volume grande destes. Ademais, a Associação atua há mais de vinte anos no Brasil e as instituições como comunidades terapêuticas e clínicas particulares que oferecem internação para os usuários de drogas, orientam que os familiares participem de grupos de auto e mútua ajuda para familiares.

A inclusão de participantes a partir do contato inicial com os grupos do AE deve-se ao fato de que esta pesquisa buscou ouvir aquelas famílias que compartilhavam alguns das ideias que sustentam o AE como, a correção de comportamentos inadequados apresentados pelos filhos o que poderia convidar os pais a perceber a internação como melhor forma de alcançá-la. Compreendendo que caso houvésssemos decidido entrevistar familiares atendidos pelo CAPSad, serviço que trabalha com a perspectiva da redução de danos, teríamos dificuldade de encontrar neste serviço famílias que haviam solicitado e internações involuntárias. Isto não quer dizer que famílias solicitantes de internações forçadas não são atendidas pelo CAPSad, mas que estas famílias parecem não se sentir tão acolhidas por este serviços. Isto pode ser visualizado durante meu contato com os familiares, durante as entrevistas os familiares me posicionaram como pesquisadora psicóloga, ou seja, alguém que deve ser contra as internações, portanto, deve ser convencido dos benefícios desta.

8.3 Participantes

Para responder aos objetivos específicos a, b e c, este estudo incluiu 15 participantes, sendo estes familiares dos usuários de álcool e outras drogas que passaram pela experiência de

internação involuntária ou compulsória. Os critérios de inclusão foram: ser familiar de um usuário de álcool ou outras drogas e ter solicitado a internação involuntária e/ou compulsória do familiar usuário. Foram entrevistadas individualmente 11 pessoas de famílias distintas e dois casais (mãe e pai), totalizando 13 famílias.

A maioria dos entrevistados foram mães de usuários de drogas, casadas, com idade superior a 40 anos e do lar. Em relação à escolaridade, sete entrevistados tinham ensino médio completo, três tinham formação em curso superior e dois familiares não haviam completado o ensino fundamental. De acordo com os critérios utilizados para incluir famílias no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (Decreto n. 6.135, 2007), todos os familiares entrevistados não poderiam ser caracterizados como famílias de baixa renda, pois a renda per capita de todos os participantes era superior a meio salário mínimo (R\$ 440,00) no ano de 2016, ano em que as entrevistas foram coletadas (Tabela 1).

Tabela 1

Dados Sociodemográficos dos Participantes do Estudo (n= 15)

Participantes*	Grau de parentesco	Idade	Escolaridade	Profissão	Renda per capita	Estado Civil
Júlia	Mãe	52	Ensino médio completo	Manicure	R\$ 2.000,00	Casada
Marta	Mãe	72	Superior	Professora	R\$ 4.000,00	Casada
Beatriz	Mãe	59	Superior mestrado	Diretora de Faculdade	R\$ 2.667,00	Casada
Marcela	Mãe	40	Ensino médio completo	Do lar	R\$ 600,00	Casada
Patrícia	Mãe	70	Ensino fundamental incompleto	Do lar	R\$ 587,00	Casada
Vânia	Irmã	48	Ensino médio completo	Funcionária pública municipal	R\$ 1.267,00	Divorciada
Ana	Mãe	56	Ensino médio incompleto	Aposentada e vendedora	R\$ 1.500,00	Casada
Inês	Mãe	61	Ensino fundamental incompleto	Do lar	R\$ 2.350,00	Casada
Fábia	Mãe	52	Ensino médio completo	Consultora de beleza	_____	Casada
Helena	Mãe	55	Ensino médio completo	Aposentada	R\$ 1.133,00	Casada
Olívia	Mãe	40	Ensino médio completo	Auxiliar de biblioteca	R\$ 500,00	Casada
Joana	Mãe	65	Ensino médio incompleto	Auxiliar de enfermagem	R\$ 567,00	Divorciada
Deise	Mãe	53	Ensino médio incompleto	Escriturária	R\$ 600,00	Viúva
Paulo¹	Pai	52	Superior incompleto	Área administrativa	R\$ 2.000,00	Casado
Augusto²	Pai	78	Superior	-----	R\$ 4.000,00	Casado

Nota. *nome fictício; 1. Esposo de Júlia; 2. Esposo de Marta.

Quanto às internações, a maioria dos familiares havia solicitado a internação involuntária mais de uma vez devido as recaídas do familiar usuário de drogas, chamando

atenção, o fato de uma mãe haver solicitado 23 internações involuntárias e cinco compulsórias e uma mãe disse ter solicitado mais de 10 internações involuntárias. Destaca-se que apenas uma familiar solicitou internação compulsória. Alguns familiares consideraram algumas internações, que eram legalmente voluntárias, como involuntárias, pois, o usuário de drogas não percebeu que estava sendo internado porque no momento ele estava sob o efeito de alguma droga ou não queria ser internado, mas acabou aceitando a internação porque foi ameaçado pela família. A ameaça mais comum era expulsar de casa o usuário de drogas caso ele não aceitasse a internação. Apenas duas pessoas internadas involuntariamente eram mulheres. A maioria das pessoas internadas fazia uso de múltiplas drogas (Tabela 2).

Tabela 2

Caracterização do Uso de Drogas e das Internações Solicitadas (n= 15)

Participantes*	Familiar internado	Número de internações solicitadas	Consumo
Júlia	Filho	2 involuntárias e 1 voluntária considerada involuntária	Álcool/ Cocaína
Marta	Filho	2 involuntárias	Maconha/ Cocaína
Beatriz	Filha	4 involuntárias	Álcool/ Maconha/ Cocaína
Marcela	Filho	1 involuntária e 2 voluntárias consideradas involuntárias	Álcool/ Maconha/ Cocaína
Patrícia	Filha	1 involuntária	Maconha/ Cocaína
Vânia	Irmão	1 involuntária	Maconha/ Cocaína/ Crack
Ana	Filho	1 involuntária	Maconha/ Álcool/ Cocaína
Inês	Filho	1 involuntária	Álcool
Fábia	Filho	2 involuntárias	Álcool/ Maconha/ Cocaína
Helena	Filho	23 involuntárias e 5 compulsórias	Maconha/ Cocaína/ Crack
Olívia	Filho	Mais de 10 involuntárias	Maconha/ Cocaína
Joana	Filho	2 involuntárias	Álcool/Cocaína
Deise	Filho	2 involuntárias	Cocaína
Paulo¹	Filho	2 involuntárias e 2 voluntárias consideradas involuntárias	Álcool/ Cocaína
Augusto²	Filho	2 involuntárias	Maconha/ Cocaína

Nota. *nome fictício. 1. Esposo de Júlia, 2. Esposo de Marta

Os familiares relataram que o usuário de drogas foi internado involuntariamente/compulsoriamente, principalmente, em clínicas particulares, em CT e, em menor número, em hospitais psiquiátricos públicos. O fato de alguns usuários terem sido internados involuntariamente em CT, ainda que estas não estejam juridicamente autorizadas a realizar este tipo de internação, nos coloca diante de duas questões. Primeiro, o funcionamento

e tratamento oferecidos por clínicas privadas são semelhantes aos oferecidos pelas CT, incluindo laborterapia, ênfase da religiosidade, grupos de ajuda mútua para os usuários como AA e NA e visitas, dessa forma, as famílias tem dificuldade de distinguir ambas instituições. E por último, algumas instituições se auto intitulam como CT, mas não estão registradas como tal pela Federação Nacional das Comunidades Terapêuticas, ou existem CT que realizam irregularmente esta modalidade de internação (Melo & Corradi-Webster, 2016). Uma situação que parece carecer de fiscalização, tendo em vista que em maio de 2010 havia apenas 135 Comunidades Terapêuticas devidamente cadastradas em todo o Estado de São Paulo (Fernandes, 2015).

A seleção dos participantes foi feita a partir da abordagem de bola de neve, pela qual um conjunto inicial de participantes da pesquisa indica potenciais participantes que indicam outro grupo de pessoas que reúnem os critérios necessários para o estudo e assim sucessivamente, até que se alcance o número de entrevistados desejado (Bertaux, 1981). As primeiras pessoas entrevistadas eram participantes do grupo de familiares ou familiar dos participantes do grupo de dependentes químicos realizados no AE. Essas pessoas indicaram outras famílias, que indicaram outras famílias que tinham vivido experiências semelhantes e assim por diante, sendo que as famílias que foram indicadas não eram, necessariamente, participantes dos grupos do AE. Esta abordagem é útil para localizar populações ocultas, populações estigmatizadas ou grupos de difícil alcance como, por exemplo, usuários de drogas (Heckathorn, 2011).

Para realizar o estudo de caso proposto no objetivo específico d, foi selecionado uma das familiares participantes acima, nomeada aqui de Helena. Particularmente, essa participante foi selecionada porque havia solicitado 23 internações involuntárias e cinco compulsórias para seu filho. Realidade contrária ao que é preconizado pela legislação atual de saúde mental pela qual as internações seriam exceções. Essa busca pela abstinência despertou estranhamento e curiosidade da pesquisadora sobre como os discursos influenciariam nesse processo de solicitação. No momento da entrevista, Helena tinha 55 anos de idade, era casada, aposentada, com ensino médio completo e tinha renda per capita R\$ 1.133,00 reais. Seu filho, Carlos¹, tinha 28 anos de idade no momento em que foi realizada a entrevista com sua mãe. Ele foi internado pela primeira vez quando tinha 15 anos de idade. Helena não sabia exatamente quando Carlos havia começado a usar drogas, mas disse ter encontrado maconha entre seus pertences quando ele tinha 10 ou 12 anos de idade. Mais tarde, ele estava usando cocaína e por fim, crack.

¹ Nome fictício.

O *corpus* dessa análise é constituído por uma entrevista semiestruturada e notas de campo que foram elaboradas a partir das conversas com Helena. A entrevista foi conduzida na casa da participante, a pedido da mesma.

8.4 Instrumento

Para realizar a coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice A). A entrevista semiestruturada assume compromisso com a transformação social, à medida que promove a autorreflexão e oferece papel ativo aos participantes da pesquisa (Fraser & Gondim, 2004). Para Gergen e Gergen (2011) deve-se reconhecer as contribuições dos pesquisadores e dos participantes no processo de comunicação. Entrevista resulta da troca ativa e cooperativa entre pesquisador e participantes.

O instrumento construído buscou estabelecer um diálogo com familiares, na busca de construir sentidos acerca das internações involuntárias ou compulsórias. Tal instrumento abordou quatro eixos: (1) Identificação sociodemográfica dos participantes - perguntas sobre informações sociodemográficas individuais e familiares; (2) Características do consumo de substâncias - tipo de droga consumida e problemas causados pelo consumo segundo a visão dos familiares; (3) Percurso de busca por cuidados em saúde mental e drogas - aborda questões sobre a procura de cuidados em saúde mental e estratégias de enfrentamento ao consumo de substâncias; e (4) A busca de internação involuntária ou compulsória - o tópico abrange a motivação da solicitação da internação e os sentidos que sustentaram esta decisão.

8.5 Coleta de dados

Para Clarke e Braun (2013) o pesquisador qualitativo deve orientar sua investigação, no que se refere a coleta e análise de dados, por meio de um olhar e uma escuta analítica, na qual o pesquisador deve ouvir atentamente e refletir criticamente sobre o que é dito, considerando sua questão de pesquisa. Por exemplo, em uma entrevista, o pesquisador deve ser capaz de se concentrar tanto no conteúdo do que está sendo dito quanto nas possíveis ideias analíticas presentes nesta.

Inicialmente, a pesquisadora foi aos grupos de familiares e ao grupo de dependentes químicos realizados no AE, semanalmente no período noturno e explicou os objetivos da pesquisa, convidando para entrevista as pessoas que atendiam aos critérios de inclusão da pesquisa. Primeiro esse convite foi realizado nos grupos de familiares e dependentes químicos

realizados no AE de um município de médio porte do Estado de São Paulo, mas nenhuma das famílias entrevistadas indicou outros familiares, sendo necessária a inclusão posterior de mais três grupos de familiares do AE de um município de grande porte do Estado de São Paulo. Dessa forma, após convite realizado nos grupos, alguns familiares manifestaram interesse em participar da pesquisa e outros foram indicados pelos coordenadores dos grupos. Com aqueles familiares que frequentavam as reuniões do AE a entrevista foi agendada face a face e ocorreram no local onde são realizadas as reuniões do AE, em sala individual, no melhor horário para o entrevistado e para a associação.

Apenas três familiares entrevistados que participavam dos grupos indicaram dois familiares que não participavam das atividades desenvolvidas pelo AE naquele momento e um familiar que nunca havia participado do AE. No caso dos familiares indicados o primeiro contato foi feito por telefone e agendada entrevista que foi realizada no local e horário mais interessante para os entrevistados, ocorrendo quase todas na residência deles. Somente três entrevistas ocorreram em locais distintos, duas participantes preferiram que a entrevista ocorresse no local de trabalho e outra preferiu que ocorresse no quarto em que estava internada no hospital enquanto aguardava cirurgia. A abordagem dessas famílias foi muito complicada, pois como o contato com os familiares indicados foi feito por telefone, muitos diziam que não tinham familiares que foram internados involuntariamente ou compulsoriamente, ou não tinham disponibilidade para agendar uma entrevista por mais que a pesquisadora afirmasse que ela se deslocaria até o local de preferência dos familiares para realizar a entrevista. Como hipóteses para a dificuldade de recrutar participantes tem-se um dos pilares do grupo AE que é o sigilo, reforçado em todas as reuniões, e o estigma em torno da questão do uso de droga que é vivido tanto pelas pessoas que fazem uso de drogas quanto pelos seus familiares.

Ao final de cada entrevista a pesquisadora perguntava se o familiar entrevistado conhecia outra família que havia passado por experiências semelhantes. No entanto, os cinco primeiros familiares entrevistados disseram não conhecer ninguém que atendesse aos critérios da pesquisa. Diante dessa questão, foi necessária a ampliação do local de coleta de dados que passou a ser realizada também em grupos de familiares realizados em outra cidade. Após algumas entrevistas os participantes foram indicando outras famílias com as quais eles haviam tido contato nos grupos de familiares realizados pelo AE, mas que não necessariamente frequentavam os grupos.

Antes de iniciar a entrevista, a pesquisadora explicou novamente os objetivos do estudo, explicando a necessidade da gravação de áudio da entrevista, os direitos do entrevistado e fez a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B). Após o sujeito

concordar em participar da entrevista e com a gravação desta, foi convidado a assinar o TCLE, tendo início a entrevista.

Para alcançar os objetivos deste trabalho foram realizadas entrevistas com as primeiras pessoas que aceitaram participar da pesquisa, sendo realizadas 15 entrevistas, entre 05 de abril e 25 de setembro de 2016. No total, as entrevistas com esses familiares tiveram duração de 13 horas e 43 minutos. A transcrição integral e literal destas resultou em 282 páginas que compõe o *corpus* de pesquisa.

8.6 Análise dos dados

Para responder aos objetivos específicos a, b e c desse estudo foi realizada análise temática, segundo orientação de Braun e Clarke (2006). Para as autoras, esta é uma ferramenta de pesquisa flexível e útil, devido a sua liberdade teórica, que pode potencialmente fornecer uma análise rica e detalhada dos dados. A análise temática é um método usado para construir, analisar e relatar temas dentro dos dados. Um tema, por sua vez, pode ser construído a partir de sentidos compartilhados no cotidiano das pessoas relacionados à questão de pesquisa. Os temas são definidos considerando se este é capaz de sintetizar algo importante referente à pergunta da pesquisa, não dependendo de medidas quantificáveis (Braun & Clarke, 2006). Assim, um tema tanto pode estar presente em várias entrevistas como também pode aparecer em apenas uma ou algumas entrevistas, desde que seja relevante dentro daquilo que está sendo investigado.

Braun e Clarke (2006) propuseram 6 fases que servem para guiar os pesquisadores na realização da análise temática. A figura abaixo ilustra este processo de análise:

Figura 1. Fases da análise temática baseadas no estudo de Braun e Clarke (2006).

A primeira fase correspondeu a familiarização com os dados. Nesta fase, a pesquisadora fez a transcrição literal das entrevistas gravadas em áudio para documentos de texto no computador que integraram o *corpus* da análise, realizou leituras e releituras do *corpus* de forma ativa, ou seja, buscando sentidos e padrões e anotando ideias iniciais que surgiram a partir das leituras.

A segunda fase consistiu na codificação dos dados. Para isto foram usadas duas colunas. Na primeira colocou-se a entrevista na íntegra e na segunda organizaram-se os códigos elaborados, que consistiam na descrição de aspectos centrais ao objetivo, identificados nas entrevistas.

Na terceira fase foi realizada uma busca por temas. Esta foi realizada quando todos os dados foram inicialmente codificados e agrupados, envolvendo a classificação dos diferentes códigos em potenciais temas. Nesta fase, a pesquisadora analisou como diferentes códigos poderiam se combinar para formar um tema mais abrangente e construiu mapas temáticos para ajudar a alocar os códigos em temas de forma mais visual.

A quarta fase foi a revisão dos temas que envolveu o refinamento destes. Para esta fase foi necessária a leitura dos extratos atribuídos a cada tema e análise da coerência entre estes. Quando estes não eram coerentes, a pesquisadora analisou a necessidade de repensar o tema ou refletir se os extratos de dados pertenciam a outro tema ou se os extratos deveriam ser descartados. Segundo Braun e Clarke (2006) o processo de codificação de dados e geração de

temas pode ser infinito, sendo importante parar quando seus refinamentos não estiverem adicionando algo importante.

Na quinta fase foram definidos e nomeados os temas. A pesquisadora definiu detalhadamente cada tema e observou como cada um se relacionava com a pergunta da pesquisa. No final dessa fase a pesquisadora conseguiu descrever seus temas em poucas frases.

Na última fase a pesquisadora elaborou esta dissertação relatando seus resultados da análise e demonstrando que os temas eram coerentes com os dados. Para isto a pesquisadora apresentou trechos das entrevistas que exemplificavam de forma clara a essência dos temas.

Para responder o objetivo específico d foi realizada análise do discurso do *corpus* de análise que consistiu na transcrição completa de uma entrevista selecionada e nas notas de campo referentes a ela.

Dessa forma, a proposta de análise de discurso seguida por este estudo estava relacionada ao entendimento de que discurso constrói realidades. Considerando que a própria pesquisa que utiliza a análise de discurso sofre influências dos discursos compartilhados dentro do contexto histórico e cultural no qual está inserida. Por isso Iñiguez (2004) orienta que o pesquisador mantenha uma comunicação ativa com o leitor, tentando demonstrar como realizou a leitura do texto. Assim, a análise do discurso vai muito além da redação expositiva dos resultados, mas é um processo marcado pela negociação, convidando o leitor a construir outros discursos. A análise do discurso seria o estudo de como essas práticas linguísticas atuam no cotidiano, mantendo e promovendo essas interações (Iñiguez, 2004). Os discursos presentes nas nossas narrativas legitimam certas práticas e estruturas sociais. Muitos discursos dominantes estão tão naturalizados em uma comunidade que as pessoas tem dificuldade de desafiá-los (Nogueira, 2008). Entretanto, a análise do discurso oferece possibilidades de transformação social aos discursos que mantêm certas relações de poder a partir da identificação das práticas discursivas que sustentam estruturas sociais.

Para realizar este estudo foram feitas leituras exaustivas da entrevista transcrita e notas de campo com objetivo de familiarizar com o conteúdo da conversa. Em seguida, a pesquisadora preparou uma tabela, em arquivo de texto no computador, com duas colunas. A primeira consistiu na entrevista na íntegra e a segunda foi elaborada a partir de anotações a respeito dos discursos, posicionamentos e vozes identificados que estivessem relacionados a construção de narrativas sobre a experiência da participante enquanto mãe de um usuário de drogas e solicitante de internações involuntárias e compulsórias. Após essa análise inicial, a pesquisadora procurou observar que tipos de práticas e posições se tornaram possíveis por meio

dos discursos identificados. Assim, foram observadas como certas posições convidava a participante a adotar certas práticas e restringir outras.

Utilizando os discursos e posicionamentos a respeito do seu filho como usuário de drogas presentes na entrevista, a pesquisadora escreveu uma narrativa sobre ele. A partir dos discursos, posicionamentos e vozes sobre ser mãe de uma pessoa que faz uso problemático de drogas foi escrita uma narrativa sobre a vida da participante. Em seguida, foi redigida uma última história sobre a participante a partir de um discurso alternativo, o discurso relacional, buscando desafiar os discursos hegemônicos. Na conversa com a participante, discursos hegemônicos estavam naturalizados e acabavam enfraquecendo narrativas que valorizassem os seus recursos e do seu filho para enfrentar o uso de drogas. Dessa forma, a construção de uma narrativa alternativa foi um exercício reflexivo para demonstrar ao leitor a possibilidade de transformação de discursos e posicionamentos a partir de outras narrativas.

8.7 Considerações éticas

Este projeto foi autorizado pela equipe do AE dos dois municípios do Estado de São Paulo. O projeto também foi aprovado no dia 16 de março de 2016 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP, CAAE: 52379315.0.0000.5407 (Anexo A). Sua aplicação seguiu os critérios éticos da Resolução n. 466 de 12 de Dezembro de 2012, segundo a qual os participantes foram informados quanto aos procedimentos e objetivos da pesquisa sendo livre sua decisão em participar do estudo de acordo com o TCLE, sempre garantindo o anonimato dos participantes, a confidencialidade, privacidade e não-estigmatização (Resolução n. 466, 2012). Dessa forma, todos os nomes dos participantes e de pessoas referidas por estes foram alterados a fim de protegê-los.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

9. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Por meio da análise temática, conforme processo já descrito no capítulo anterior, foram elaborados quatro temas. A Figura 2 apresenta os temas e quais subtemas que integram cada tema.

Figura 2. Temas e subtemas.

Cada um dos temas será apresentado a seguir, em tópicos separados. Antes disso, é importante dizer que os temas foram nomeados e definidos tendo em vista os objetivos desta pesquisa, ou seja, o tema não é necessariamente dependente de medidas quantificáveis. Assim, o tema foi construído a partir de descrições importantes em relação à pergunta de pesquisa.

No primeiro tema serão apresentados os diferentes **sentidos construídos sobre as internações involuntária e compulsória**. Logo a seguir, serão discutidos os três demais temas os quais se referem às questões que nos ajudam a compreender como os sentidos sobre as internações involuntária e compulsória foram construídos, a saber: **consequências do uso**

problemático de drogas feito pelo familiar; os **sentimentos vividos pela família**; e as **tentativas de ajudar o familiar**.

**SENTIDOS CONSTRUÍDOS SOBRE A INTERNAÇÃO INVOLUNTÁRIA E
COMPULSÓRIA**

9.1 Sentidos construídos sobre a internação involuntária e compulsória

Este tema remete às vivências das famílias entrevistadas sobre a internação involuntária e compulsória do seu familiar que faz consumo de drogas. Refere-se aos sentidos construídos pelos familiares na busca pela internação involuntária ou compulsória e suas experiências com estes tipos de tratamento. Este tema está representado na Figura 3.

Figura 3. Tema Sentidos da internação involuntária e compulsória

Cabe ressaltar que apenas uma família relatou ter solicitado tanto internação involuntária como compulsória, sendo que as involuntárias foram solicitadas em maior número. As demais famílias solicitaram apenas internações involuntárias.

Houve uma variedade de sentidos construídos a respeito das internações dos usuários de drogas. Nas entrevistas foi comum a escolha da internação involuntária no sentido de **proteger o usuário**, evitando a possibilidade de morte do usuário de drogas tanto em decorrência de uma overdose como dos perigos vividos na rua, do risco de ser preso e das ameaças de traficantes. Beatriz relatou que buscou a internação involuntária porque tinha medo da filha morrer em razão de uma overdose ou das agressões que ela já vinha sofrendo provocadas pelo namorado também usuário de drogas. Para a entrevistada, na residência seria difícil controlar o consumo de drogas da filha mesmo contratando um profissional que se dedicaria a impedir o uso. Assim, as internações involuntária e compulsória foram entendidas como proteção na medida em que afastariam a pessoa das drogas.

Esse medo que ela morresse, porque ela já estava apanhando do... desse moço, e o medo dela ter uma overdose, então, foi por isso. Porque até as terapeutas que foram, até passariam, mas você põe um segurança bem grandão morando na sua casa, mas não adianta, elas conseguem a droga, a gente não sabe como, mas elas conseguem.... (Beatriz)

A partir da fala de Beatriz é possível perceber que os familiares ficam muito preocupados com a pessoa que usa drogas e compreendem a internação involuntária como forma de proteger seu familiar. Considera-se que os sentidos não existem independentemente da linguagem, ou seja, dentro de um contexto histórico e cultural específico existem certos discursos que servem de referência para que as internações forçadas sejam vistas de uma forma específica. Ressalta-se que os familiares deste estudo estão imersos num contexto em que o modelo proibicionista e de guerra às drogas é hegemônico. A ilegalidade que recai sobre certas drogas, também expõe o usuário a maiores danos à sua saúde devido ao consumo de drogas que contém substâncias em teores desconhecidos, produzidas sem condições mínimas de higiene e usadas sem mínimas condições de segurança (Moraes, 2010; Rodrigues, 2003). Condições que não eliminariam os prejuízos que as drogas podem causar à saúde, mas que reduziriam seus agravos como possibilidade de overdose e contração de doenças infectocontagiosas. Ao passo que este modelo está baseado nos discursos de abstinência e moral, este também contribui para a intensificação da estigmatização do usuário de drogas, dificultando ainda mais a procura de serviços de saúde por essa população. Segundo McCoy, Metsch, Chitwood e Miles (2001), o medo da estigmatização dentro da comunidade ou o medo de sofrerem discriminação devido ao uso ilícito de drogas foi apontado pelos usuários como um dos motivos para a procrastinação e falta de desejo de procurar cuidados de saúde, fazendo com que eles buscassem tratamento somente diante de uma doença ou ferimento crítico que exigisse cuidados de emergência.

As críticas e reflexões sobre tais efeitos contribuíram para o surgimento do discurso de redução de danos. De acordo com Rodrigues (2003), a perspectiva da redução de danos reconhece a inevitabilidade do uso de drogas, mas ao contrário do que se pensa este modelo também reconhece os efeitos prejudiciais causados pelas drogas aos usuários e a sociedade. Para isso são adotadas estratégias de baixa exigência, ou seja, gradualmente busca-se reduzir os danos causados pelo uso de drogas sem que a abstinência seja um fim em si mesmo. Por outro lado, o discurso da abstinência trabalha com táticas de alta exigência que incorre na culpabilização do usuário caso ele recaia ou não alcance o objetivo inicial. Um exemplo da abordagem de redução de danos são as salas de uso controlado criadas desde de 1986 em oito países da Europa, Canadá e Austrália (Hedrich, Kerr, & Dubois-Arber, 2010). De acordo com

os autores, os principais objetivos das salas seriam oferecer um local seguro para o uso de drogas, contribuindo para redução do compartilhamento de seringas, consequentemente, reduz a contração de doenças infecciosas, os casos de overdose e o uso de drogas em espaços públicos. Dessa forma, as salas ajudam a minimizar o estigma em relação aos usuários de drogas injetáveis e os crimes locais resultantes do tráfico de drogas. Outro aspecto positivo desta abordagem é a construção de relações de confiança entre os profissionais do serviço e os usuários de drogas aumentando a probabilidade deles procurarem serviços de saúde e tratamentos para o uso problemático de drogas.

De acordo com Hedrich (2004), as salas de uso controlado buscam compreensão integral do usuário de drogas como ser humano, oferecendo cuidados que vão além da saúde física e mental. Para ilustrar, estes serviços oferecem alimentação, projetos de reinserção no mercado de trabalho e atividades de lazer. Para que esta intervenção alcance seus objetivos regras explícitas sobre seu acesso devem ser seguidas, como pessoas que não usam drogas injetáveis e querem ter sua primeira experiência nas salas são excluídas. Ademais essas regras são estabelecidas com a participação de uma rede de cuidado mais ampla, incluindo profissionais do serviço, polícia, pessoas atendidas pelo serviço e vizinhos do serviço.

Por sua vez, a internação involuntária também tinha o sentido de proteger o usuário dos perigos enfrentados na rua, da prisão e das ameaças de traficantes. Por meio das entrevistas foi possível perceber que a possibilidade de morte ia muito além do risco de ter uma overdose ou outros prejuízos causados pelo uso excessivo de drogas. Na fala de Marcela foi possível perceber que apesar de não ser um tratamento eficaz para o seu filho por ser contra a vontade dele, a busca pela internação involuntária ocorreu com objetivo de protegê-lo do risco de ser preso, da violência que ele vivia na rua e do risco de ser morto por traficantes. Além disso, Marcela parece ter perdido as esperanças em relação aos tratamentos, pois considerava que nada iria funcionar se o filho não quisesse se tratar.

Religião eu tentei levá ele pra Igreja. Ele foi algumas vezes, foi forçado, sempre forçado, nunca de coração aberto. E eu acho que por isso que, infelizmente, nenhum tratamento vai fazer efeito pra ele. Eu, sinceramente, eu fico sossegada quando ele tá lá que ele num tá na rua, mas ele não for de coração aberto de vontade própria. Mas eu faço isso como um meio de proteger ele da rua, proteger ele de ser preso, de ser morto por bandido, por causa de R\$ 5 reais leva um tiro... (Marcela)

Ana também descreveu que procurou este tipo de internação com objetivo de retirar o filho do ambiente perigoso onde ele já havia sido ameaçado de morte, sinalizando uma situação que coloca em risco, principalmente, a população jovem de classes sociais mais baixas sendo

vítimas da exploração do tráfico de drogas ilícitas. Segundo Ana, essa decisão foi tomada num momento de tanto desespero que os pais não pensaram em outras possibilidades.

Porque aí já envolve intrigas entre bairros e aí, ele já começou a ser ameaçado de morte. Então, aí o desespero nosso foi tanto que a primeira clínica que passaram pra nós involuntária do telefone, nós ligamos, e era em outra cidade. Então, nós não pensamos em mais nada, só ligar e levar ele correndo pra tirar ele dele desse meio perigoso, né. (Ana)

Conforme Soccol et al (2014), os familiares de pessoas que faziam uso de drogas relataram ficar preocupados com as ameaças de traficantes, devido às dívidas, que eram direcionadas ao usuário de drogas e sua família em geral. De forma semelhante, M. C. Melo (2016) e Medeiros (2014) observaram que usuários de drogas apontavam motivos diversos aos clínicos na busca pela internação em CT, como o risco de ser preso e conflitos com traficantes. As falas de Marcela e Ana demonstraram o quanto as famílias estão imersas num contexto no qual a hegemonia do discurso proibicionista e de guerra às drogas produzem efeitos contraditórios, expondo o usuário de drogas aos perigos do tráfico e da criminalização. Uma das implicações desse modelo é a criminalização dos usuários de drogas (Passos & Souza, 2011).

Além disso, esse modelo não extirpou a produção e o consumo de drogas, mas serviu para expandir a lucratividade do mercado ilícito de drogas (Rodrigues, 2003). Conforme A. P. Rocha (2015, p. 66), os jovens que trabalhavam nas “bocas de tráfico” localizadas nas periferias urbanas e transportavam as drogas representam a juventude pobre que vivencia exclusão social cotidianamente, sendo facilmente explorada pelo narcotráfico. A trajetória desses jovens demonstrou que o trabalho no tráfico representa também a inclusão na sociedade ocidental capitalista na qual as relações são baseadas no consumo. Apesar de ficarem vulneráveis aos riscos de morte e prisão, eles auferiam valor econômico e eram respeitados em suas comunidades. Assim, a guerra às drogas leva a criminalização dos jovens pobres que são posicionados, simultaneamente, como agentes e vítimas da violência.

O proibicionismo resulta na morte e violência contra, principalmente, homens jovens, pobres e de baixa renda (Moraes, 2010; Spink, 2010). De acordo com pesquisa etnográfica realizada por Bourgois (2010), os fatores que impulsionaram os jovens a se tornarem pequenos vendedores de crack em um bairro de Nova York foram questões sociais relacionadas à classe econômica e etnia. A inserção desses jovens no mundo do trabalho por meio do tráfico de drogas foi um efeito da realidade vivida por eles que estavam distantes do mercado de trabalho formal

e não viam possibilidade de serem inseridos além do subemprego. De acordo com a jurista Karam (2003), a punição de um crime não visa proteger a sociedade, mas ao contrário do que se imagina busca manter o controle social sobre aqueles que representam um risco para a mesma, servindo para perpetuar valores e interesses hegemônicos.

Joana apresentou sentidos relacionados à internação involuntária como proteção para o filho. A internação foi vista por ela como forma de recuperar o filho em relação a todos os efeitos negativos que as drogas carregam, como prejuízos causados à saúde, violência e envolvimento com atividades ilícitas. A participante relatou que a internação involuntária ofereceu ao filho algo muito valorizado por ela, uma colocação no mercado de trabalho. Joana relatou que com a internação o filho ganhou perspectiva de vida e respeito da sociedade.

Você ficou na dúvida (se internava involuntariamente)? (Pesquisadora)

Não, nenhum momento. Eu tinha que salvar a vida dele, bem. Ou eu fazia aquilo ou o que ia virar? Oh o resultado hoje, 5 anos e meio limpo. Hoje ele é respeitado, homem barbado chama ele de padrinho, hoje ele vai fazer resgate ele vai sozinho, onde for ele vai e traz, você entendeu. Fala que ele salva vidas pra Jesus! Hoje ele é o meu arrimo, ele que traz pro hospital. Ele tá conseguindo cuidar de mim, dos filhos e do trabalho dele. olha! É homem! sabe. (Joana)

Joana apresentou outra faceta da política contra as drogas e do discurso de abstinência, que é o aumento das CT e clínicas para tratamento de usuários de drogas como resultado da exploração de uma demanda do mercado. Estas são muitas vezes instituições que integram a “indústria da loucura” atual, multiplicando-se sem cumprirem normativas sanitárias e técnicas para o seu funcionamento. Muitas famílias relataram que a internação involuntária se deu mediante pagamento adiantado de períodos como se fossem pacotes (3 meses, 6 meses ou 9 meses) e em caso de não conclusão do tratamento não haveria devolução da quantia. Muitas dessas instituições intitulam-se CT sem estarem de acordo com as normativas para tal ou são CT que operam de forma irregular realizando internações involuntárias mesmo que isto seja vedado. Tais instituições irregulares aproveitam-se do desespero vivido pelos familiares e, quase sempre, impedem a participação destes no tratamento do usuário o que pode contribuir para a ocorrência de maus-tratos contra os internos (Melo & Corradi-Webster, 2016). Além disso, condições sociais pré-existent ao período de internação que dificultam a inserção no mercado de trabalho formal e a falta de estratégias que promovam tal inserção após alta da internação posicionam o trabalho nas clínicas e CT como única forma de reinserção social (M. C. Melo, 2016).

Entretanto, para Ferreira, Luz, Obrzut e Santos (2005), os critérios comuns adotados para definir a necessidade de internação deveriam ser problemas clínicos, tratamentos anteriores

extra-hospitalares não exitosos, existência de risco de autoagressão e heteroagressão, e ocorrência em associação com outros diagnósticos psiquiátricos. Dessa forma, percebe-se que esses sentidos sinalizam a falta de diálogo entre setores como segurança pública e saúde, havendo uma tentativa de buscar na saúde proteção para o usuário frente aos riscos presentes no cenário em que está inserido o tráfico ilegal de drogas. Delgado (2011) ponderou que apesar da situação ser preocupante, devemos manter nossa avaliação crítica e não deixar que o horror criado em torno da droga possa legitimar novamente longas internações.

A família também procurou a internação involuntária esperando que esta representasse uma forma de **educar** o usuário de drogas. Inês relatou que sua expectativa em relação à internação foi de que o filho não tivesse recaídas e que esta funcionasse como recurso educativo. Para ela, o filho poderia se lembrar de como foi ruim a internação e evitar beber porque caso contrário ele seria internado involuntariamente novamente.

Quais mudanças você está esperando da internação [involuntária]? (Pesquisadora)
Tô esperando que ele fique bem [risos]! Que ele não tenha recaídas, entendeu? Que ele fique bem! (Inês)
Explica um pouco melhor esse ficar bem... (Pesquisadora)
Assim, de ele não querer voltar, que daí agora ele vê como que é. Não... dele num querer voltar, mas de ele se lembrar do que ele está passando e não voltar a beber porque senão ele vai de novo. (Inês)
Lembrar do quê? (Pesquisadora)
Lá da clínica, como é lá, se ele não estiver gostando do tratamento como é, né. (Inês)

A partir desse trecho percebe-se nas entrelinhas que a internação apresenta a conotação de que esta sirva de lição para o usuário de drogas. Nesse contexto, a internação involuntária assumiu o sentido de educar o usuário para que ele se mantenha abstinente. Segundo a Ferreira (2006), a palavra lição vem do latim *lectione* que significa ensinamento, apresentando sentido conotativo como viver algo que servirá de exemplo ou de aviso, especialmente, em casos em que a pessoa cometeu algum erro. A adequação da pessoa às normas também foi um dos elementos importantes do tratamento moral aplicado no modelo de asilo criado por Pinel. Segundo Foucault (1993), no asilo de Pinel as pessoas que apresentavam algum problema de saúde mental passaram a ser objeto da medicina. Contudo, o asilo continuou buscando a aproximação do homem da verdade moral da religião na qual residia o potencial de cura do asilo. Os valores da família e do trabalho, o alto controle e a punição das pessoas internadas eram entendidos como formas de resolver o problema. O asilo eliminaria o mau comportamento, os vícios, a desordem e a ilegalidade por meio do aprendizado de virtudes

essenciais à sociedade. Esta instituição também assegurava a moral burguesa a partir da segregação social daqueles que atentavam contra a moral e a sociedade.

Assim, historicamente, as internações involuntária e compulsória constituíram a intervenção disponível para pessoas que fazem uso problemático de drogas. Intervenções sustentadas pelo discurso moral que enfatiza a transformação da pessoa à medida que posicionam o paciente como alguém que falhou em seguir a moral e valores da sociedade, que não tem força de vontade para manter-se abstinente e que não tem controle. Tais aspectos também foram observados por C. D. Oliveira (2009) a partir da notícia veiculada repetidamente por jornais sobre um adolescente usuário de crack acorrentado pela mãe para que ele parasse de usar drogas. A história do jovem foi sendo delineada em torno relação entre agressividade e uso de drogas e repetidas internações compulsórias surgiram como recursos punitivos.

O discurso moral também coloca a pessoa que faz uso problemático de drogas como objeto do controle disciplinar durante a internação. Helena descreve com mais detalhes uma das internações involuntárias em que seu filho foi punido fisicamente como forma de reprimir sua tentativa de fuga, tendo consequências irreversíveis para seu filho que teve perda parcial da audição. Mesmo assim, ela disse que não se arrependeu de ter solicitado internações involuntárias e compulsórias porque elas foram necessárias.

Você se arrependeu em algum momento de alguma internação [involuntária e compulsória] que teve? (Pesquisadora)

Não. Não me arrependo. Não porque ele mesmo fala. Não me arrependo em nenhum momento porque todas foram necessárias. No estado que ele fica. A única que eu me arrependo foi um local que tinha aqui em [nome da cidade] que batiam, foi até fechado porque nós denunciemos, nós e mais uma família, na época saiu na tv tudo, o promotor fechou. Não me lembro como chamava. Falava que era religiosa e tudo, mas eles batiam muito, tanto é que ele perdeu um pouco da audição porque ele tentou fugir quebrando uma janela daí bateram nele. Eles batiam com uma mangueira preta de eletricidade de passar os fios dentro. Batiam, deram chute nele, ele ficou bem marcado. Nessa época também ele se passou prestobarba se cortou muito porque ele queria ir pro hospital ou pro posto de saúde pra denunciar, mas naquela época era a única que tinha aqui em [nome da cidade]. Faz bastante tempo essa e aconteceu isso. Nessa eu me arrependi. (Helena)

O usuário de drogas posicionado a partir dos discursos dominantes como uma pessoa sem controle sobre o uso dos seus impulsos, que apresenta comportamentos influenciados pela droga e sem condições de decidir o que é melhor pra si, passa a ser visto como alguém que demanda controle externo. De acordo com Foucault (1993), o tratamento moral era garantido por três fatores: o silêncio dos outros diante de qualquer manifestação de sintoma é o que acorrenta a pessoa que recebeu diagnóstico psiquiátrico, uma vez que a “loucura” não era mais dominada pelas celas e correntes. Os sintomas não eram uma forma de diálogo com a razão,

apenas nos mostram a falta desta. O reconhecimento da culpabilidade pela própria doença era um passo importante para o tratamento; o reconhecimento pelo espelho, ou seja, o reconhecimento do próprio diagnóstico recebido pelo paciente ao visualizar que se posicionava no mesmo lugar dos outros alienados. Era a partir da humilhação e vergonha pelo diagnóstico recebido que residia sua salvação; e por último, o julgamento perpétuo que nem sempre era visível e que deveria ser temido pelo interno. Assim, a constante avaliação e classificação do comportamento do usuário de drogas de acordo com a moral e as regras da sociedade bem como, o controle disciplinar dos comportamentos inadequados, são essenciais dentro das internações involuntárias e compulsórias.

M. C. Melo (2016) observou entre usuários de drogas que já haviam sido internados em CT narrativas sobre situações de violência física e verbal, humilhação e negligência como resposta a não obediência das regras estabelecidas dentro dessas instituições. Punições mantidas pela ideia de que o usuário perdeu o controle sobre as drogas e sobre sua própria vida. Entretanto, a punição não precisa ser física, muitas vezes, a punição do comportamento inadequado apresentados pelos usuários de drogas internados aparece sendo nomeadas como práticas terapêuticas. É o caso da laborterapia obrigatória (M. C. Melo, 2016), práticas de isolamento social e rituais para livrar-se dos pecados (Corradi-Webster, 2013), e regras e horários muito rígidos (Esteves, Cardoso & Corradi-Webster, 2014).

Na visão do paciente atendido em serviço comunitário compulsório devido ao uso de drogas, este tratamento também foi visto como uma prisão devido às restrições que lhes impunha como cerceamento do direito de ir e vir e pelo estigma vivido pelo paciente diante deste (Gibbs, Dawson, Anley & Mullen, 2005). Fatureto (2016) também observou que para profissionais da saúde mental, que atendiam pessoas internadas compulsoriamente, à medida que estas internações se tornavam de longa duração estas adquiriam um caráter punitivo. Muitas vezes, os participantes utilizaram diversos termos relativos ao sistema prisional para caracterizar estas internações (Melo & Corradi-Webster, 2016).

As ideias de que pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico são desprovidos de razão (presentes no asilo de Pinel) e de que usuários de drogas perderam o controle têm papel importante nas relações cotidianas, convidando a criar certos tipos de práticas e inibindo outras. Esse tipo de construção convida os profissionais que trabalham em CT a se verem como pessoas mais capazes de decidir o que é melhor para os usuários de drogas internados, atuando por meio do controle rígido e da punição de comportamentos desviantes da norma (Melo & Corradi-Webster, 2016). Esta construção passa a ser compartilhada pelas pessoas que vivem nesta comunidade, convidando os familiares entrevistados a solicitarem internações involuntárias e

compulsórias, ações historicamente recomendadas em situações em que se entende que a pessoa perdeu o controle sobre si mesmo.

Outro sentido descrito refere-se à internação como **abstinência**, bastante recorrente nas entrevistas. Para os familiares, eles decidiram pela internação involuntária/compulsória porque esta era uma forma do usuário entrar em abstinência imediatamente, a abstinência era a melhor e única opção de tratamento.

No trecho a seguir, Beatriz relatou que ao perceber a recaída da filha, entrou em contato com a clínica para que fosse buscá-la de forma involuntária. Ela escolheu a modalidade involuntária por temer as transformações no comportamento da filha devido ao uso de drogas e por entender ser esta garantia do alcance imediato para a abstinência.

Mas já são 4 clínicas que ela passa. Quando ela volta pra cá, ela ativa, como que ele fala, a cidade ativa, né? Ela começa, é delivery a droga agora. Agora ela ficou com medo da rua, ela telefona e eles levam em casa. Sem eu perceber. Quando eu percebo, eu jogo fora. (Beatriz)

Entendi... (Pesquisadora)

Mas eu já sei quando ela começa, eu já chamo imediatamente, mas não há quem me segure Pesquisadora. Nossa mas você fala, “é involuntária?”. É imediato, porque só quem tem, é que sabe o monstro que é a pessoa se transforma. (Beatriz)

Percebe-se que a hegemonia do discurso da abstinência perpassa nossas conversas cotidianas. Dessa forma, Beatriz muito preocupada com sua filha, entendeu que as internações involuntárias seriam uma forma de ajudá-la por produzirem a abstinência. Em razão do foco na abstinência a internação involuntária se apresentou, muitas vezes, como um círculo vicioso. Pois caso a usuária não conseguisse atingir essa meta, de difícil alcance, ela acabava voltando para internação. A internação pareceu não ser a solução para a própria usuária, mas pareceu se apresentar como uma saída para sua família que se encontrava em estado de sofrimento, desgaste e desespero à medida em que afastava de casa por um tempo o membro que teve seu comportamento transformado pelo uso de drogas. De acordo como Paula et al. (2014), os trabalhadores do CAPSad entendiam que os familiares de usuários de drogas buscavam um tratamento para o usuário que tivesse resultados imediatos, buscavam a cura por meio da abstinência e não se envolviam com o tratamento do parente, delegando a responsabilidade pelo cuidado aos profissionais. Por outro lado, os autores observaram que os familiares vivenciavam muito sofrimento diante da situação do familiar usuário de drogas, pois as descrições negativas construídas sobre o usuário de drogas, geravam muitos conflitos na família e, comumente, incorriam na perda de vínculos familiares com o usuário. Dessa forma, é possível observar que

o desgaste da família e a perda de vínculos familiares acabam dificultando a participação da família no tratamento do usuário de drogas.

A importância da participação dos familiares no tratamento das pessoas que fazem uso problemático de drogas passou a ser reconhecida desde o início da Reforma Psiquiátrica (Borba, Paes, Guimarães, Labronici & Maftum, 2011; Mielke, Kohlrausch, Olschowsky & Schneider, 2010; Paula et al., 2014). Contudo, para que os familiares sejam vistos como parceiros no tratamento dos usuários do CAPSad é preciso ir além da sua mera inclusão, desconstruindo velhos sentidos que geram a culpabilização da família. Para Paula et al. (2014), este desafio ainda está presente na prática dos CAPSad onde os profissionais apontaram que o tratamento é difícil porque as famílias eram disfuncionais e resistentes a respeito do envolvimento no tratamento, além de culpabilizar a família pelas recaídas dos pacientes. Não seria o papel dos serviços de saúde desconstruir a visão do uso problemático de drogas como um problema individual, para além do diagnóstico, avaliação e culpabilização do usuário e/ou da sua família?

Paulo falou sobre seu desejo de que o filho interrompesse o uso de qualquer tipo de droga a partir da internação involuntária. O entrevistado afirmou que acredita que o usuário de drogas deve se manter abstinente porque o uso de drogas é progressivo o que dificulta o uso controlado da droga, considerando que o primeiro contato com a droga desencadearia o uso compulsivo da mesma.

E aí, que mudanças você esperava com a internação involuntária? (Pesquisadora)

Mudança por parte dele? (Paulo)

É. (Pesquisadora)

Eu esperava que quando ele saísse ele fosse dar andamento nos 12 passos e fosse se manter limpo, limpo na linguagem do adicto, limpo é sem usar droga. (Paulo)

Totalmente abstinente... (Pesquisadora)

Abstinente. Porque o adicto não pode usar uma coisinha de cocaína hoje. É igual fumante, se eu pegar hoje um cigarro, amanhã eu tô fumando 5, daqui uma semana eu tô fumando 2 maços. É a mesma coisa do adicto. (Paulo)

Augusto também apresentou a mesma expectativa de que o filho alcançasse a abstinência por meio da internação involuntária. Para o entrevistado o uso de drogas apareceu como um caminho sem volta, problema que se tornou característica essencial do filho até sua morte e doença incurável. O discurso da abstinência sustentou o posicionamento de Augusto que comparou o uso problemático de drogas a doença diabetes, um exemplo recorrente nas reuniões dos grupos de mútua ajuda para usuários de drogas e familiares.

Também era uma expectativa que ele parasse de usar? (Pesquisadora)

Sim. Exatamente. Eu não aceito a ideia de que o indivíduo não possa porque isso está muito claro dentro do quadro que a partir de um determinado momento que se envolveu com aquilo lá, com a droga propriamente dita, que aquilo lá faz parte integrante do indivíduo até a morte dele vai ter que conviver com ela, da mesma forma que o indivíduo tem problema de diabetes, por exemplo, você tem que conviver com aquilo o resto da vida. Quem é diabético vai ter que conviver o resto da vida. Eu imaginava que e não sabia e há uma visão muito clara por aí que a pessoa que já entrou nesse processo, quer dizer, que vai ter sempre que tá muito bem protegido e se proteger pra poder inclusive voltar a cair. Mas eu não acredito. Eu acredito realmente que é possível que a pessoa a partir de um determinado momento abandone definitivamente por algum motivo ele vai acabar. (Augusto)

De forma semelhante, Deise buscou a internação involuntária porque a única mudança que ela esperava é que o filho ficasse abstinente. Ela percebeu que a internação involuntária seria mais eficaz para alcançar este objetivo em comparação à internação voluntária porque a primeira não permitia que o usuário saísse da internação quando quisesse antes de receber alta e alcançar abstinência.

E que mudanças você esperava com a internação involuntária? (Pesquisadora)
Você sempre espera assim que eles parem de usar a droga. A única mudança que eu queria é que ele parasse. Que ele ficasse consciente de que isso daí só prejudica, só tava acabando com a vida dele, com a saúde dele. Era só isso que eu queria. Porque com as outras duas que ele foi voluntário eu não sei se é uma coisa mais calma. Então, que era assim se ele quisesse sair ele saía. Essa daí ele tinha um tempo pra ficar como eu assinei lá ele não podia sair antes do prazo. Eu assinei pra 6 meses, ele teve que ficar os 6 meses. Mas na voluntária não, se ele quisesse sair ele saía. Tanto é que numa das internação ele saiu antes, com um mês ele saiu. Eu acho que a involuntária deu mais resultado, parece. (Deise)

Na fala de Fábria, percebe-se o quanto os familiares estão imersos num contexto moldado pelo discurso moral. Ela construiu o sentido sobre a internação involuntária como abstinência ao posicionar o usuário de drogas como alguém que não tem capacidade de decidir o que é melhor para si, reforçando a busca pela internação involuntária.

Você viu alguma vantagem no tratamento involuntário? (Pesquisadora)
A vantagem que eu te falo é isso é colocar eles no centro pra manter eles centrados e lúcido pelo menos sóbrio pelo menos por um período pra eles ter tempo de refletir. Porque quando eles tá no uso constante eles tão fora de si, eles não tem como decidir por eles mesmos. (Fábria)

Nos excertos acima é possível perceber que as internações forçadas foram vistas como forma de alcançar a abstinência, tendo em vista que esta forma de intervenção foi valorizada por anos como única e melhor forma de cuidar de usuários de drogas. Entretanto, esta intervenção acabou contribuindo para o posicionamento do usuário como responsável pelo problema. Apesar do pânico moral em torno da inevitabilidade do desenvolvimento do uso compulsivo de drogas, de acordo com UNODC (2017), apenas 11% da população mundial que

usava drogas recebeu algum diagnóstico psiquiátrico por uso de drogas, a grande maioria, 89%, não apresentou dependência, não demandando nenhum tipo de tratamento. Outro estudo realizado pela World Health Organization (WHO, 1995) concluiu que o uso experimental e ocasional de cocaína eram certamente os tipos mais comuns de consumo, enquanto que o uso compulsivo/disfuncional de cocaína era menos comum.

As internações involuntárias e compulsórias ao focarem na abstinência como único fim posicionam qualquer recaída como falha do sujeito, demandando novas internações. Ao estudar internações de crianças e adolescentes por uso de drogas em hospital psiquiátrico, Scisleski (2006) analisou que 78% dos adolescentes foram internados por ordem judicial e considerando o total de internações, 62% consistiam em reincidência das internações, sendo que uma adolescente já havia sido internada 11 vezes. Nessa perspectiva, M. S. N. Oliveira (2009) observou que a taxa de reinternações foi de 80% entre as internações involuntárias de pessoas com algum diagnóstico psiquiátrico, sendo que a maioria destas internações havia sido motivada pelo uso de drogas. Considerando os sentidos construídos por profissionais que atuam na saúde mental, nas internações compulsórias o paciente não tinha conhecimento da internação ou era coagido por força policial, provocando baixa adesão desses pacientes diante do não consentimento da mesma (Fatureto, 2016).

Patrícia também via a internação involuntária como possibilidade de abstinência das drogas. Ela descreveu que esperava que após a internação a filha melhorasse, ou seja, parasse de usar drogas e essa era sua única expectativa.

O que a senhora esperava com o tratamento? (Pesquisadora)

A melhora! A melhora! (Patrícia)

A melhora em que sentido? O que a senhora queria que melhorasse? (Pesquisadora)

Em tudo né. Graças à Deus que o único vício que ela tem é que ela fuma. Ela fumava antes de ir? Fumava... fumava. Esse ela não parou não, mas a tranqueira lá nunca mais pôs na boca. (Patrícia)

Isso era uma coisa que a senhora queria que melhorasse? (Pesquisadora)

Nossa senhora! Eu queria que ela parasse até de fumar também. Mas isso daí não teve jeito. (Patrícia)

Tinha alguma outra coisa que a senhora esperava de mudança? (Pesquisadora)

Não! Não! (Patrícia)

Todavia, mudar o rumo da vida implica em pensar em outras coisas distintas à droga, ou seja, o tratamento das pessoas que usam álcool e outras drogas deveria enfatizar a expansão do olhar ao invés de focar apenas na desintoxicação. Como Lancetti (2006) descreveu, o trabalho em saúde mental deve pautar-se na escuta da pessoa, no olhar para suas necessidades e suas singularidades e na valorização das suas vivências. Profissionais de saúde ao escutarem

usuários de drogas observaram que essas pessoas apresentavam problemas relacionados à baixa escolaridade, à dificuldade de acesso ao mercado de trabalho e à exclusão em razão de sua classe social e etnia (Bastos & Bertoni, 2014). Ou seja, seus problemas iam muito além das drogas, sendo necessário um tratamento que envolva a escuta da pessoa, compreendendo suas necessidades e recursos.

Para Ferreira et al. (2005) o usuário de drogas poderá refletir sobre como sua vida foi afetada a partir do momento em que ele é afastado da comunidade e permanece internado, mas não apresenta dados que justificariam a necessidade do sujeito ser afastado do meio para realizar tal reflexão. Por sua vez, ao sair da internação o sujeito precisa viver em ambiente em que as drogas estão presentes. E esta reflexão sobre as consequências negativas de suas decisões deve ser parte do cotidiano. É preciso que a comunidade esteja envolvida no processo de resgate da autonomia da pessoa que passou por internações. Alguns usuários de drogas consideraram que as internações longas não auxiliaram na sua recuperação, pois após receberem alta de acolhimento social em CT relataram dificuldades em se adaptar as exigências sociais presentes no cotidiano e que não eram vivenciadas durante o acolhimento como, problemas no trabalho e conflitos familiares (M. C. Melo, 2016).

Em outro momento, Beatriz afirmou que a internação involuntária seria uma forma de garantir a abstinência. Ela relatou que a filha não conseguiria viver fora da clínica sem usar drogas por isso a clínica passou a ser lugar de moradia e que após sua alta a filha não poderia retornar para sua cidade de origem porque ela teria recaído. Beatriz explicou que planeja que a filha more em outra cidade com uma profissional que a acompanhe no trabalho e na faculdade. Para ela, a filha só poderia evitar a recaída e ter um futuro por meio do constante monitoramento do seu comportamento.

*Voltou lá pra clínica tranquilamente, voltou porque ela mora lá, né, ela sabe que ela mora lá. Ela mora lá na clínica. Até que ela não esteja recuperada ela mora lá. (...)
Eu quero montar, lá em [fala o nome de uma cidade] mesmo, uma casa, com uma terapeuta dentro e morar, onde essa terapeuta vá com ela pra faculdade [na cidade próxima], volta, pra trabalhar, e ela ir junto com ela trabalhar, começa uma vida com uma pessoa do lado. Comigo não pode ser porque não dá certo. Não. (Beatriz)*

Fatureto (2016) também observou, a partir de relatos de profissionais da saúde mental, que as internações compulsórias por serem muita longas, geralmente, passavam a ser caracterizadas como moradia, institucionalização e perda de vínculos familiares. Por considerar o risco de institucionalização, a Reforma Psiquiátrica tem buscado romper com o modelo hospitalocêntrico por considerar que tal modelo gera perda da autonomia, violação dos

direitos humanos, isolamento e perda de vínculos familiares e comunitários. Assim, se necessárias as internações devem ser excepcionais e breves a fim de que o paciente não perca seus vínculos sociais. Por isso é importante, caso haja internação, que após a alta esse paciente continue seu tratamento no serviço ambulatorial de saúde visando romper com o ciclo recaídas e reinternações.

Assim, Yasui (2006) propõe uma mudança de paradigma psiquiátrico a partir do qual deixaríamos de olhar apenas para a doença e passaríamos a olhar para a vida e sua complexidade, compreendendo-a por meio de uma visão inter e transdisciplinar. Para isto, o autor propõe uma diversidade de estratégias de cuidados e atenção psicossocial que ocorreria em rede intersetorial, considerando os aspectos de cada território de atuação. Sendo importante priorizar práticas que não isolem o indivíduo e fortaleçam o cuidado comunitário da pessoa que usa drogas.

A internação involuntária também foi apontada pelos familiares como possibilidade de **cuidado** para o usuário. Patrícia relatou que um dos fatores que contribuiu para a busca deste tratamento foi a falta de cuidados pessoais da filha. Para a familiar, ver a filha naquelas condições lhe causava muito sofrimento e como a filha não aceitava ter problemas com o uso de drogas, a família buscou a internação involuntária.

Porque ela não queria ir. Nós falava e ela não queria ir. “Eu não tenho nada, pra quê eu vou ir me internar!”. “Como que você não tem? Olha como você tá?”. “O que é que eu tenho?”. Não tomava banho. Ficava dias e dias com uma calça só. Ela tinha uma calça vermelha, podia por em pé que ela ficava. Só punha aquela calça, só. Nossa Senhora! Olha! Nós passou, graças a Deus! (Patrícia)

Helena também descreveu sua tristeza em ver o filho e outros jovens em uma condição de sujeira, com roupas rasgadas e cheirando mal.

É muito triste você ver um filho quase morrendo. Eu sempre que ando atrás, vou em bocada, vou em tudo quanto é lugar onde ele costuma ir. Brigo, às vezes, né. É triste não só de ver o meu filho, de ver tantos jovens nessa situação, né, sujo, tudo rasgado, fedido. Muito triste ver essa situação e pensar que o ser humano provoca isso, né, produz essas drogas, vendem, sobrevivem disso, enriquece com isso matando os filhos da gente. (Helena)

Nesse sentido Marta também relatou, de forma emocionada, que uma das questões que gerou a necessidade da internação involuntária foi a sujeira do filho, situação que ela considerava intrínseca ao uso de drogas.

Meu Deus! Quando meu marido viu ele lá em (nome da cidade), usuário de crack, um bagaço, sujo. Nossa senhora! Porque a sujeira, também, faz parte do quadro. Tava um horror, um farrapo de gente, esse pedaço é doloroso...aí você dá um jeito, né. (Marta)

Os trechos expressam o sofrimento dos familiares em ver os filhos sem cuidados com a higiene pessoal e ilustram como as internações involuntárias foram sendo construídas como forma de cuidado, pois seria uma possibilidade de retirar um dos estigmas relacionados ao uso de drogas. Cotidianamente, a pessoa que usa drogas é estigmatizada e desvalorizada pela sociedade devido à ausência de cuidados pessoais que transita por lugares imundos (Elias & Bastos, 2011). Por conseguinte, os entrevistados usaram a palavra “limpo” para descrever uma pessoa que está abstinente da droga. A preocupação dos participantes com a condição de sujeira do usuário pode estar relacionada ao estigma social, pois estar sujo é algo que marca o usuário e a família que muitas vezes é culpabilizada pelo problema. Ademais, esta preocupação também está relacionada ao sentimento de vergonha relatado pelos participantes em ter um familiar usuário drogas e ao receio de outras pessoas comentarem, tendo em vista que se o familiar usuário anda sujo pela rua a família não tem como esconder o problema. Da mesma forma S. B. Rocha (2015) encontrou na análise de entrevistas com familiares de usuários de drogas que a palavra “limpo” foi utilizada no mesmo sentido. Para o autor, quando o sujeito está sob o efeito da droga ou sujo o banho representaria tentativa de afastar o estigma social não só do usuário, mas também da família, muitas vezes, apontada como responsável pelo uso de drogas de seu parente (S. B. Rocha, 2015).

A internação involuntária também foi descrita como forma de cuidado de alguém que não consegue se controlar. Ao descrever os resultados positivos da internação, Ana comentou que o filho adulto está muito bem, pois já não sai sozinho e só sai acompanhado do pai.

Olha, pra nós foi muito bom. Já fazem 10 meses...é ele saiu já fazem 6 meses, 6 meses que ele saiu, quer dizer ele ficou 6 meses interno e já vai pra 6 meses que ele...5 meses que ele saiu. E até agora a gente tá vendo ele assim, muito bem, graças à Deus. Ele não sai sozinho, aonde ele quer ir ele pede pra eu ou o pai acompanhá-lo, aonde nós vamos ele vai junto. Então, pra nós fazem 5 meses, eu creio em nome de Jesus que não vai precisar de uma segunda internação. Nós estamos vendo ele bem, ele tem participado do Amor Exigente, voltou na nossa comunidade na nossa Igreja evangélica ele voltou a participar com a gente, deixou os amigos. Então, nós temos visto um ótimo resultado nisso. (Ana)

A descrição parece estar relacionada a um adulto que não desenvolveu sua autonomia e com dificuldade de tomar suas próprias decisões. Pode-se inferir que, novamente, está presente a necessidade de controle da pessoa mesmo após a alta, diante do medo da recaída. De acordo com S. B. Rocha (2015), os familiares de usuários de drogas demonstraram ter uma

postura que dificulta o desenvolvimento da independência do usuário e que mesmo que este seja adulto eles tendem a tratá-los cerceando a autonomia deles. Isso por sua vez contribuiu para aumento do sofrimento da família devido à sobrecarga de atividades e ao mesmo tempo reforçou o estigma sobre o usuário de não ser capaz de decidir por si.

Adorno (2014) discutiu o uso problemático de drogas para além da demanda por cuidados de saúde. Fazendo uma retrospectiva sobre a construção da saúde pública, ele apontou que ao longo do século XX as ações de saúde voltavam-se para o controle e educação de populações marginalizadas da época, imigrantes, pobres e populações rurais. No século XXI, o cuidado em saúde foi fortemente construído a partir do conhecimento especializado e dos fármacos, tendo como implicações a construção do conceito de “doenças de risco” e/ou populações vulneráveis e a psiquiatrização da vida. Assim, as intervenções de saúde também foram sendo construídas como práticas de controle do sujeito. Entretanto, tais construções não se restringem ao campo da saúde, já que os familiares também utilizaram estas construções em suas interações sociais, entendendo que as internações forçadas são uma forma de cuidar de alguém que está em situação de risco porque perdeu o controle sobre suas ações quando iniciou o uso de drogas.

No que se refere a questão do uso problemático de drogas, o problema passou a ser objeto de intervenções no campo médico-sanitário apesar de envolver aspectos sociais relacionados ao subemprego, etnia e morador da periferia. Se por um lado isto representou o cuidado à saúde dos usuários, os usuários de drogas também passaram a sofrer uma desclassificação social porque ao receber o diagnóstico de transtorno relacionado ao uso de drogas dentro do modelo médico, os usuários foram posicionados como vítimas de doença incurável e vistos de forma estigmatizada pela sociedade (Adorno, 2014).

Entretanto, os participantes demonstraram entender as internações involuntárias e compulsórias como cuidado ao invés de exclusão. Tal construção parece ter sido influenciada por alguns dos princípios do Amor Exigente. Dentre estes, encontram-se o Preparador que baseia-se na necessidade dos pais de corrigir o comportamento inadequado do filho e o princípio do Compensador que lembra os pais que corrigir e educar o filho é expressão do seu amor por ele.

De acordo com Alexander (2008), envolvimento problemático com qualquer objeto, incluiria, mas não se limitaria às drogas e álcool, que seja prejudicial para a pessoa que enfrenta o problema, sociedade ou ambos. Assim, o uso problemático de drogas não é uma doença nem uma falha moral, mas um estilo de vida restritivo que funciona como um pobre substituto para

as pessoas que desesperadamente deparam-se com a falta de integração psicossocial. Ou seja, este problema seria causado pelo que o autor chamou de deslocamento/isolamento social.

Esta proposta não visa negar outros aspectos do fenômeno, como os biológicos ou psicológicos, mas esta definição seria mais útil no contexto global. Por exemplo, as internações involuntárias e compulsórias podem assumir para os familiares o sentido de cuidado, mas podem ser vistas pelos usuários de drogas como exclusão do ambiente familiar. Em consequência, o usuário de drogas sentindo-se mais deslocado das interações psicossociais passaria a buscar cada vez mais o uso de drogas.

Os participantes perceberam que a internação involuntária trouxe **alívio**, principalmente, para os familiares. Em alguns casos, a internação também estava relacionada com alívio ou descanso para o corpo do usuário, pois apesar da internação não ter vantagens, oferecia período de desintoxicação.

Beatriz apontou que as internações involuntárias não tiveram um bom resultado, mesmo dizendo que a filha já teve a experiência de ficar em clínicas com equipe profissional que tinham boa qualificação. Para ela, a vantagem das internações involuntárias seria oferecer um período de descanso para a família e para a usuária de drogas.

Você acha que não teve um bom resultado então pra sua filha, esse serviço... (Pesquisadora)

Não, e nem nos da clínica tem. (Beatriz)

O do HC [Hospital das Clínicas] você fala? (Pesquisadora)

Não, as clínicas que ela frequenta. (Beatriz)

Que ela tá internada... (Pesquisadora)

Ela não tem não, eu estou tranquila em te falar. Tranquila, ela deu da época ela melhorou um pouco, né? A clínica eu vejo como um descanso pra ela mesma, né, ..., um descanso para ela e um descanso para nós. E as clínicas que a minha filha, que ela ficou internada, são clínicas que tem psiquiatras, clínicas que tem psicólogas, clínicas que tem terapeutas, enfermeiras. (Beatriz)

Para Marta a internação seria muito mais algo que traz alívio para a família do que para o usuário de drogas, pois isola o membro que causa problemas dentro da família.

Eu ainda acho que a internação traz mais alívio pra gente que tá com a situação, com a família arrebitada porque aí isola um elemento que causa esse transtorno, do que para ele próprio. Se bem que funciona durante um certo tempo também e depois retoma. (Marta)

Paulo explicou as dificuldades em conviver com a pessoa que usa drogas compulsivamente, dizendo que existem uma série de problemas que tornam a convivência insustentável, como roubos e conflitos. Para ele, os conflitos familiares e mudanças na rotina familiar afetavam negativamente a vida profissional dos pais. Então, Paulo relatou que a

internação involuntária se apresentou como possibilidade de afastar o usuário da família. O pai admitiu que a internação involuntária e compulsória por serem contra a vontade do usuário, não resolvem, mas considerou serem úteis porque ofereciam um período de descanso para a família.

Aí, quais os motivos que levaram vocês a escolher a involuntária? (Pesquisadora)

É porque não temos condição. Como é que você fica com uma pessoa... se uma pessoa usa droga e ela mora na casa dela você vê ela uma vez a cada 10 dias é uma coisa, agora uma pessoa dentro da sua casa tirando tudo que você tem dentro da casa, ela tira rádio, ela tira dinheiro, ela tira roupa, ela não te deixa dormir, de madrugada ela levanta e começa a te chamar "eu preciso de R\$ 10 reais, eu preciso de R\$ 10 reais, eu preciso da chave do carro, eu preciso da chave do carro" todos os dias. Como é que você aguenta uma coisa dessa dentro da sua casa? Por isso que eu internei. Porque se ele tivesse não tivesse na minha casa não sei de que jeito poderia até dar uma mão pra ele, mas dentro da minha casa que é o lugar onde ele fica eu não tenho condição de ficar. Eu trabalho o dia inteiro, a Júlia trabalha o dia inteiro, você consegue ficar acordado dias e dias? Não consegue. (Paulo)

(...) Teve dúvidas em relação ao tratamento que vocês escolheram, a internação? (Pesquisadora)

Todas. Eu acho que a internação é uma coisa que não resolve, só se sujeito quiser. É um tempo que a pessoa fica lá pros pais dá uma descansada, mas se o cara quiser ele entra e sai limpo e se mantém limpo, se ele não quiser também é igual grupo de NA [Narcóticos anônimos], que funciona, se o cara vai no NA igual meu filho vai pra passear [faz gesto com as palmas das mãos de tanto faz] vai me mostrar que ele tá indo. Agora se cara tá com o propósito de ficar limpo e recuperado eu acho que funciona.

Hoje você procuraria o mesmo tratamento? (Pesquisadora)

Sim. Não tem outra alternativa. (Paulo)

Júlia também achou que a principal função da internação involuntária foi oferecer alívio para os pais, assim eles poderiam dormir, e oferecer desintoxicação para pessoa que usa drogas.

Que expectativa vocês tinham com a internação? (Pesquisadora)

Que ele limpasse um pouco de droga do corpo. Porque eu acho que a internação, eu falei pra ele a vida inteira, é pra mãe dormir, primeira coisa, porque a mãe não dorme, primeira coisa é pra mãe dormir e segundo é pra limpar um pouco das drogas porque em casa não limpa. Porque o que ele tá aprendendo lá ele já aprendeu, ele sabe. (Júlia)

Olívia também falou que não percebeu vantagens na internação involuntária do filho, mas a internação foi uma possibilidade de alívio para a família por afastar o usuário de drogas do contexto familiar por um tempo.

E que vantagem você viu na internação involuntária? (Pesquisadora)

Nenhuma porque até agora ele não conseguiu ficar bem. Então, num tem assim. A gente não sabe o que fazer no caso, num tem o que fazer porque a gente sabe que num é internando, que num tem internação, num tem remédio. A gente leva assim pra ficar um tempo bem, a família respirar um pouco. Aí que nem no caso do meu filho como ele recaiu ele fica mais ou menos um mês sem ver a família, depois que ele tiver aceitando a gente começa a visitar ele, a gente consegue tirar ele pra levar na Igreja. No caso dele a gente tira como não tem interprete lá dentro, mas se no caso tivesse interprete o regulamento seria igual pra todos só vê família uma

vez por mês. Mas no caso do nosso filho a gente consegue retirar ele. Aí retira ele, ele volta, ele vai aceitando o tratamento, ele aceita, volta. Mas quando sai de vez. Quando fala assim “acabou o tratamento”. (Olivia)

Helena percebeu que ela e outros familiares de usuários de drogas não sabiam o que fazer nesta situação. Ela falou sobre sua desesperança diante de um problema que parece não ter solução. Neste contexto, as internações involuntárias e compulsórias foram para ela um tempo em que o usuário permaneceu abstinente e um período em que a família pôde se cuidar porque permaneceu afastada do usuário.

Qual que era a opinião dessas famílias sobre a internação [internação involuntária e compulsória]? (Profissional)

Olha, a gente parece que vê todo mundo perdido. É uma coisa que parece que não tem solução. É algo que é só pra Deus. A gente pensa assim é só Deus. Essas internações são assim pra eles se recuperarem, a gente dá uma pausa pra gente pra não enlouquecer e poder se cuidar um pouco, cuidar da vida da gente, e aguardar que chegue o momento dele. Falar “chega eu não quero isso pra mim”. (Helena).

As falas dos familiares demonstraram que apesar das internações forçadas não resolverem o problema os familiares não apresentaram culpa, algo que pode estar circunscrito por alguns princípios compartilhados pelos participantes do Amor Exigente, principalmente, o Libertador que visa mostrar aos familiares que a culpa limita o processo de tomada de decisões e a responsabilização do usuário de drogas pelo seu comportamento inadequado. Além disso, as falas trazem experiências que demonstram o desgaste das relações familiares e como estas histórias que constituem o tempo vivido afetam os sentidos construídos sobre a internação involuntária e compulsória dos usuários de drogas. Xavier (2015) verificou que para enfermeiros, profissionais da saúde mental, as internações compulsórias e involuntárias, muitas vezes são solicitadas pelos familiares do paciente porque eles encontram-se muito desgastados. Portanto, o período de internação representou um alívio para os familiares. Assim como no estudo realizado por Jankovic et al. (2011) com familiares de pessoas que haviam sido internados involuntariamente em hospitais na Inglaterra, no qual a maioria dos participantes demonstrou alívio com a internação do parente e em alguns casos esse sentimento estava acompanhado por preocupação e culpa. Para estes autores o alívio estava associado à sobrecarga que os familiares haviam vivido antes da internação. Ainda, conforme Paula et al. (2014) os familiares de usuários de crack entenderam a internação como forma de alívio diante dos conflitos entre família e usuário, sendo este era o primeiro tratamento que a família buscava. O desgaste vivido pelos familiares pode nos ajudar a compreender porque os cuidadores

perceberam a internação involuntária mais positivamente do que os pacientes (Giacco et al., 2012).

Fato preocupante porque de acordo com a WHO (2008) frequentemente pessoas são admitidas inapropriadamente e não tem acesso a mecanismos que garantam proteção contra práticas abusivas durante sua internação involuntária e elas não tem a possibilidade de contestá-la. Elas nem mesmo tem acesso aos meios para reportar violações dos direitos humanos que foram cometidos contra elas. Assim, a maioria destas práticas não são reportadas e permanecem sem a devida punição (WHO, 2008).

Os familiares entrevistados relataram vivenciar intenso sofrimento diante do problema do uso de drogas, dessa forma, as construções sobre as internações involuntárias e compulsórias estão inseridas num contexto discursivo mais amplo que contribuem para legitimação dessas internações como a única e melhor forma de ajudar a pessoa que usa drogas. Ressalta-se que a busca por essas modalidades de internação foi um processo marcado pela ambiguidade, pois os familiares demonstraram muito sofrimento e desesperança ao relatar que as internações forçadas não resolveram o problema e que as internações acabaram sendo uma forma de alívio para a família.

Como poderíamos ir além do modelo proibicionista, do discurso moral, jurídico/criminal e biomédico asilar sobre uso de drogas que vem sustentando práticas seculares de exclusão e punição? Como podemos reconstruir o lugar ocupado pelos usuários de drogas? Que outros convites podem ser feitos para tratar pessoas que fazem uso problemático de drogas? A partir da perspectiva relacional, a maneira pela qual as pessoas conhecem seu mundo seria produto das suas interações sociais com os outros e com seu contexto. Da mesma forma, suas crenças e valores são produtos destas interações, sendo múltiplas, ou seja, suas crenças e valores mudam ao passo que suas relações mudam (McNamee, 2015). Por exemplo, pessoas podem explicar o uso problemático de drogas como um problema causado por fatores biológicos, psicológicos, religiosos, sociais e morais. Influenciadas pela abordagem tradicional, moderna, segundo a qual a produção de conhecimento sobre nosso mundo ocorre por meio da busca pela verdade universal para os nossos problemas. Inseridas neste contexto discursivo as famílias acabaram recorrendo às práticas históricas de opressão. Mas se os sentidos são flexíveis e são construídos pelo uso da linguagem, nós podemos mudá-los a partir da linguagem. E se estas famílias e usuários pudessem conversar de formas diferentes sobre o uso de drogas? Segundo McNamee (2015), a proposta construcionista social enfatiza a construção de espaços conversacionais onde as pessoas podem conversar de maneiras diferentes sobre os mesmos problemas. A maioria das pessoas tende a permanecer em conversa com alguém que realmente

quer compreender sua posição ao invés de uma conversa com alguém que presume já conhecer a situação do outro e já ter a resposta certa sobre a vida do outro.

Atualmente, no campo da saúde mental, cresce o convite para práticas colaborativas que ampliem a participação ativa dos usuários dos serviços de saúde e de suas famílias na tomada de decisões e no curso do tratamento (Beresford & Carr, 2012; Ness et al., 2014). As práticas colaborativas enfatizam a construção de relações em que os profissionais dos serviços respeitem as vivências e opiniões desses atores a respeito do contexto e das relações nos quais eles participam (Ness et al., 2014). Dessa forma, os usuários do serviço e suas famílias deixam de ser posicionados como passivos diante do tratamento e passam a ser vistos como pessoas que tem potencialidades e os profissionais deixam de ser posicionados como os únicos capazes de resolver os problemas. Segundo Ness, Kvello, Borg, Semb e Davidson (2017), usuários de drogas atendidos por serviços que empregavam a perspectiva colaborativa descreveram a experiência como útil para que eles se engajassem no tratamento na medida em que as relações construídas com os profissionais eram baseadas no respeito, no não julgamento e na escuta das suas histórias, sem a preocupação de decidir por eles qual a melhor intervenção.

Nesse mesmo sentido, o CAPSad deveria enfatizar a promoção da autonomia do sujeito, dos vínculos comunitários e da inclusão social, intervenções guiadas pelo projeto terapêutico singular que deveria ser construído de acordo com a história de vida e as necessidades do paciente por meio da colaboração entre profissionais, família e usuário (Ministério da Saúde, 2004). Apesar do reconhecimento da necessidade de que serviços como o CAPSad reflitam sobre suas práticas a fim de garantir os pressupostos do cuidado comunitário garantido em lei, existem experiências valorizadas pelas pessoas atendidas por este serviço. De acordo com Lacerda e Fuentes-Rojas (2017), pessoas acompanhadas pelo CAPSad relataram que o acolhimento, cuidado e vínculos de respeito e confiança com os profissionais do serviço lhes ajudaram a prosseguir em tratamento.

Para European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015) medidas punitivas e prisão de usuários de drogas mesmo daqueles que tenham cometido algum crime relacionado ao uso de drogas (ações para obter dinheiro para comprar drogas ou crime cometido sob o efeito de drogas) devem ser substituídas por medidas alternativas como tratamento, educação, reabilitação e reintegração social. Essas medidas alternativas apresentam vantagens em três níveis: do indivíduo que se beneficia com o tratamento para o uso problemático de drogas e com a redução do estigma associado a ele; da sociedade que se beneficia por meio da redução da criminalidade relacionada com a droga ou da redução da transmissão de doenças e outras formas de prejuízo de saúde e social; da estrutura do Estado que seria beneficiada ao

reduzir a pressão sobre o sistema de justiça criminal e recursos utilizados pelos tribunais e prisões.

Este tema apresentou diferentes sentidos sobre as internações involuntária e compulsória do usuário de drogas, algo consonante com a fluidez e multiplicidade da construção de sentidos. Muitos destes sentidos estão sustentados pelos diversos discursos moral, biomédico e criminal sobre o uso e usuário de drogas, provindos das relações localizadas no tempo longo. São discursos construídos ao longo da história e contextos culturais, anteriores à vivência dos familiares, e que estão presentes nas instituições, normas e regras sociais. Dessa forma, os familiares acabaram buscando as intervenções estabelecidas como possíveis dentro desses contextos discursivos e diante da sua preocupação com a saúde e integridade da pessoa que usa drogas. Destaca-se que a decisão de solicitar internações forçadas foi marcada por sentimentos conflituosos, pois a família via as internações como necessárias, mas também sentiam desesperança porque estas intervenções não tinham bons resultados e geravam sofrimento para as pessoas internadas. Os familiares desesperados e sem saber o que fazer não visualizaram outras soluções e as internações forçadas foram sendo construídas como um período em que os familiares pudessem ter uma vida minimamente organizada. Além disso, nas histórias do tempo vivido desses familiares também é possível observar como estes discursos dominantes geram sofrimento entre os familiares, tendo em vista que limitam o modo como os familiares olham para a pessoa que usa drogas, focando apenas no uso. Os discursos hegemônicos sobre as drogas também limitam os familiares a visualizarem novas possibilidades criativas de tratamento e contribuem para que as internações sejam a prática escolhida. Entretanto, o afastamento da pessoa que usa drogas do contexto familiar pode aumentar o sentimento de deslocamento e isolamento e, conseqüentemente, intensificar a busca do uso de drogas, reafirmando os sentidos construídos pelos familiares sobre a necessidade de internações.

A seguir são apresentados e discutidos como as consequências do uso problemático de drogas, os sentimentos vividos pelos familiares de usuários de drogas e as tentativas ajudar o familiar nos auxiliam a compreender melhor como foram construídos os sentidos sobre as internações involuntárias e compulsórias apresentados neste tema.

CONSEQUÊNCIAS DO USO PROBLEMÁTICO DE DROGAS

9.2 Consequências do uso problemático de drogas

Este tema organiza as questões que levaram os familiares a considerarem o uso de drogas como um problema e os motivaram a buscar as internações involuntárias e compulsórias. As principais consequências do uso de drogas percebidas pelos familiares, incluindo mudanças no comportamento do usuário, perdas em diferentes esferas da vida do usuário e a estigmatização, serão discutidas demonstrando como este tema nos ajuda a compreender como os sentidos sobre internações involuntárias e compulsórias foram construídos pelos participantes. A Figura 4 ilustra este tema e seus subtemas:

Figura 4. Tema Consequências do uso problemático de drogas.

No transcorrer das entrevistas foi possível observar a variedade de discursos que **estigmatizam o uso de drogas**. As famílias perceberam que a sociedade discrimina quem usa drogas e seus familiares.

Júlia relatou que prefere não contar que seu filho usa drogas e sobre sua internação porque considera que ele ficaria estigmatizado, sendo razão para que as pessoas o julgassem mal. Ela citou, como exemplo, o fato do filho ter sido promovido por ser um bom funcionário e uma semana depois ser demitido porque seu patrão ficou sabendo que ele usava drogas. Júlia

apontou a existência de uma sociedade repleta de contradições que diz entender o problema do uso de drogas, mas que ao invés de favorecer sua inclusão na sociedade, contribui ainda mais para seu isolamento.

Eu não vou chegar na rua e falar “meu filho tá internado, ele usa droga, ele vendeu tudo.” O que os outros tem com isso? (Júlia)

Nem os amigos de vocês... (Pesquisadora)

É uma tarja que vai pregar na testa dele. (...) Ai você fala “mas hoje”, ela falou lá pra nós “hoje o negócio de droga todo mundo ajuda.” Ajuda tanto que num ajuda que o meu menino tava trabalhando, era excelente funcionário agora que ele recebeu aumento, só ele no setor dele, porque ele era tipo um chefe da parte dele, como o menino filho do dono foi conversar com ele “por que você não casou R.? Você ia casar em outubro.”. Isso era fim de novembro. Ai, ele foi contar que recaiu, que a moça descobriu, uma semana depois ele foi mandado embora. Até o cara do sindicato que foi fazer a perícia nele falou “uai! Eu nunca vi falar de uma pessoa ser aumentada no serviço e a semana que vem ser mandada embora.”. Então, eles entenderam!?! (Júlia)

Para Paulo, é melhor que as pessoas, inclusive amigos, não fiquem sabendo sobre a internação do filho e de que ele usou drogas. O participante considerou que quem usa drogas é doente, mas diz que a sociedade os vê de outra forma, estigmatizando-o e posicionando-o como “*expurgo da sociedade*”. Expurgo significa algo prejudicial, nocivo, pernicioso e sujo que deve ser eliminado da sociedade. A fala de Paulo trouxe uma imagem da pessoa que usa drogas fortemente propagada em nossa sociedade, ou seja, pessoas associadas a uma imagem de sujeira e por isso muito discriminadas. Assim, Paulo entendeu que uma pessoa que passou por internação para tratamento em relação ao uso de drogas encontra dificuldades para conseguir um emprego. Além disso, Júlia e Paulo demonstraram ter conhecimento de que o uso de drogas é um problema que pode ser resolvido, mas o estigma acompanha usuário e familiares ao longo da vida, situação que demandou grande esforço da família para proteger o filho.

Vocês não comentam... (Pesquisadora)

Não comento. Minto! Se me perguntarem dele agora eu falo que ele tá jogando futebol, eu falo que ele tá dormindo, cê entendeu. Eu não coloco no microfone que ele tá numa clínica, que ele é adicto, que ele deu trabalho. Eu tento o máximo. As pessoas que usam drogas, apesar de serem doentes, as pessoas que usam álcool, elas são bem tarjadas mesmo “nêgo que num presta, é nêgo que é expurgo da sociedade”, cê entendeu. Pode ter certeza que um filho ex-interno de uma clínica já num é mais a mesma pessoa, a sociedade já não é mais aquela que, veja assim, um emprego não é qualquer um que vai empregar porque acha que ele vai fazer alguma coisa lá. Então, o máximo que você puder esconder que ele tá numa clínica, que ele tá num lugar assim, é melhor. Essa é uma opinião pessoal minha, a maioria das famílias não fazem isso fala pra todo mundo. Tanto que eu participo desse grupo aqui de [nome da cidade] pra não participar do grupo lá pra poder manter sob sigilo. (Paulo)

Este estigma surge inclusive nas campanhas preventivas contra o uso de drogas, o pânico moral em torno do uso de drogas integra o retrato popular das pessoas que usam heroína propagados por campanhas antidrogas e as políticas governamentais desvalorizam a possibilidade de uso controlado de heroína e pode acentuar estratégias ofensivas contra os usuários de drogas (Warburton, Turbull & Hough, 2005). Familiares e amigos de usuários de drogas entrevistados em estudo multicêntrico aplicado em sete países latino americanos, incluindo o Brasil, perceberam, principalmente, que as pessoas viam qualquer pessoa com problemas de droga como não confiável, seguida pela percepção de que as pessoas menosprezam alguém que tenha sido internado devido ao uso de drogas e por último que os empregadores não estão dispostos a contratar alguém que tiveram problemas com drogas (J. Silva et al., 2009). Mesmo as pessoas que disseram ter concluído tratamento em CT perceberam que são vistas como não confiáveis, tendo dificuldade de se inserir no mercado de trabalho após as internações (M. C. Melo, 2016). Muitos usuários de drogas relatam ter medo de serem vistos entrando em um serviço que oferece tratamento para usuários de drogas e apontam isso como uma barreira para continuar em tratamento (Radcliffe & Stevens, 2008).

O preconceito sofrido pelos usuários não fica restrito ao mercado de trabalho. De acordo com Gergen (1999), o discurso do déficit, que foca nos aspectos negativos e defeitos do indivíduo, acompanha a pessoa que recebeu um diagnóstico psiquiátrico de uma situação para outra. De uma maneira geral, as pessoas que usam drogas ou que já usaram são vistas com desconfiança por diversos setores da sociedade e, frequentemente, associadas à criminalidade. O modelo proibicionista centrado no discurso moral e criminal tem contribuído para extensão do caráter ilegal das drogas aos usuários, consequentemente, para a exclusão dessas pessoas e afastamento dessas pessoas dos serviços de saúde.

Também foi possível observar, por meio das entrevistas, o quanto os familiares são afetados pelo modelo proibicionista, pois eles também se percebem posicionados pela sociedade de forma estigmatizada em razão do uso de drogas o que gera muito sofrimento. O sofrimento dos familiares e a preocupação em relação ao usuário de drogas diante da estigmatização que familiares e usuários sofrem contribuem para que eles construam as internações forçadas como forma de proteger o usuário. Preocupação percebida na fala de Vânia sobre a situação de preconceito vivida pelo irmão em um momento em que já não usava mais drogas. Ela comparou a pessoa que sai da clínica ou CT a um presidiário quando foi libertado, dizendo que por mais que a pessoa mantenha-se abstinente tem dificuldade de ser incluída no mercado de trabalho e na comunidade.

Com certeza. Eu falo que hoje não, eu falo em relação a ele porque já faz um tempo desde que ele saiu da 2ª internação, ele nunca mais usou, mas quando sai assim é visto com outros olhos até pra arrumar um emprego. Porque eu falo, a pessoa é igual presidiário, quando sai todo mundo olha assim com outros olhos, eu acho. (Vânia)

Vocês perceberam isso? (Pesquisadora)

Ah sim a gente percebia, principalmente, tem exemplo de uma namorada que ele teve quando assim que ele saiu da fazenda que ele ficou 11 meses internado. Que quando ele saiu graças à Deus ele nunca mais usou, e assim que ele saiu ele arrumou uma namorada então, a própria família dela não queria que ela namorasse ele porque ele é um ex-usuário de drogas. (Vânia)

De acordo com Arenari e Dutra (2016), muitas vezes, a ênfase no uso de drogas é só uma confirmação das trajetórias de exclusão. O usuário de drogas experimenta uma forma de exclusão cumulativa, ou seja, ao passar por diferentes instituições como a escola, sistema de saúde e sistema judiciário. Assim, para os autores, a exclusão social da pessoa que faz uso problemático de drogas não seria determinada pela socialização familiar, mas pelos desvios ditados pelo funcionamento das instituições sociais. Ao apresentar o uso problemático de drogas, a pessoa vai sendo descrita como destituída de possibilidade de mudança ao passar por diferentes instituições sociais, inclusive, serviços de saúde. Dessa forma, o abuso de drogas pode ser reforçado pelo longo processo de exclusão que não é exclusivo das classes sociais mais pobres, gerando um círculo vicioso entre exclusão, uso de drogas e aumento da exclusão.

Descrições negativas sobre a pessoa que usa drogas passam a integrar a identidade dessas pessoas como pode ser observado nos grupos de mútua ajuda para usuários de drogas em que eles se apresentam como “adictos em recuperação”, pessoas indisciplinadas e sem controle dos impulsos. Narrativas que enfatizavam a dependência e falta de controle sobre suas ações desde a infância, culminado com o uso de drogas, também ajudaram a construir um senso de identidade dos funcionários de uma CT e dos usuários internados (Melo e Corradi-Webster, 2016).

O discurso biomédico também ajuda a sustentar tais narrativas, definindo o uso de quantidade progressivamente maiores da droga, desejo compulsivo de usar e tentativas malsucedidas em controlar o uso da droga como critérios para o diagnóstico de uma pessoa que apresenta uso compulsivo de drogas. Assim, a pessoa vai sendo posicionada pela sociedade como alguém que perdeu o controle sobre as drogas e como vítima de um quadro de dependência. Enquanto uma pessoa que perdeu o controle, ela busca ou é forçada a buscar os *experts* em problemas relacionados ao uso de drogas, médicos e psicólogos, hábeis na identificação de falhas contidas no comportamento relatado pelo paciente. Diagnosticado dentro de critérios objetivos, a pessoa passa ser medicada e tratada a fim de alcançar a abstinência.

Tal discurso, sobre a perda de controle sobre seu comportamento, também fortalece a associação entre o uso de drogas e a violência, amplamente presente em nossa sociedade, conforme apontaram os familiares. No excerto a seguir, Júlia explicou que frequentemente as pessoas têm dificuldades de entender o problema relacionado ao uso de drogas e que apenas as pessoas que já tiveram um familiar usuário parecem mais compreensivas e solidárias diante do problema. Ela relatou que em outros casos, as pessoas não gostam de se envolver com pessoas que tiveram ou tem esse tipo de problema porque elas têm medo de quem usa drogas. Ela citou o discurso midiático que associa o uso de drogas à agressividade e criminalidade, e que também está entranhado no cotidiano das pessoas.

Você acha que tem uma dificuldade das pessoas entenderem esse problema? (Pesquisadora)
Acho não, tem. Tem sim. Todo mundo tem. Eu sei que tem muitas pessoas, a não ser pessoas muito solidárias, quando a pessoa teve gente na família aí, às vezes, a pessoa até entenderia que a pessoa está tentando se tratar. Quando não teve o povo tem medo, tem medo de se envolver. Eu não tiro a razão não, mas não entende. Por isso que eu não vou abrir. (Júlia)
Você fala que tem medo da pessoa que usa? (Pesquisadora)
É, medo de tudo entre aspas. Porque hoje tudo que acontece na televisão: matou, roubou, nanarã... num é tudo droga a primeira coisa que eles usa pra ter coragem. (Júlia)

Diferentes estudos têm colocado em dúvida o estereótipo de que o usuário de drogas não tem controle sobre o uso de drogas. Pessoas que apresentavam uso crônico de bebidas alcoólicas, mesmo com acesso ilimitado à bebida, em estudos científicos demonstraram não beber até perder a consciência. Um estudo experimental ofereceu para pessoas que tinham problemas com bebida alcoólica quase um litro de bebida destilada entre 9 a 12 dias, foi observado que elas alternavam o consumo de álcool e refeições e geralmente não consumiram toda a quantidade de álcool disponível (Mello & Mendelson, 1971). Outro estudo experimental demonstrou que mesmo pessoas que faziam uso abusivo de álcool conseguiam adotar estratégias de controle sobre o uso em diferentes situações, por exemplo, quando queriam evitar sintomas de abstinência ou preferiam receber o dinheiro oferecido pelos pesquisadores ao invés de bebida (Fingarette, 1988; Mello & Mendelson, 1972). Outro experimento mostrou que pessoas em tratamento devido ao consumo abusivo de álcool, mesmo quando foram liberadas para consumo de bebidas alcoólicas por dois dias no meio do tratamento, elas demonstraram capacidade de cessar o consumo quando essa permissão terminou e retomar o tratamento, ainda que tivessem a liberdade de abandonar o tratamento (Pattison, Sobell & Sobell, 1977). Hart, Haney, Foltin, e Fischman. (2000) ofereceram a usuários regulares de cocaína a possibilidade de escolher entre diferentes doses de cocaína e vale dinheiro (\$ 5.00) que seria recebido após alta da internação. Em média, as pessoas usaram 2 doses de cocaína a menos, escolhendo o

dinheiro. Estas pesquisas desafiam as crenças que posicionam o usuário de drogas como passivo diante das drogas, ou seja, a pessoa irá sempre escolher a droga não importa quais são as consequências ou demais alternativas, ou sem controle sobre si, isto é, diante da droga ele é incapaz de resistir e tomar uma decisão racional.

Entretanto, as narrativas produzidas pela mídia, muitas vezes, parciais, não apresentam um olhar crítico sobre o contexto político e econômico em que está inserido toda a questão das drogas, generalizando o comportamento do usuário (Raupp & Adorno, 2011). Para Fagan (1993), as evidências são limitadas para apontar que uso de álcool/drogas causa violência, uma vez que muitos estudos estão baseados em falácias individualistas e ecológicas. Por exemplo, correlações entre altas taxas de uso de drogas e altos índices de violência em determinado bairro são possíveis à medida em que deixam de considerar uma série de fatores mais amplos do contexto como a geração de violência pelo tráfico de drogas.

Conforme foi relatado por Marcela, a violência que circunda as pessoas que consomem drogas se deve ao fato deles ficarem dotados de coragem após o uso. Para ela, a morte é algo comum na vida das pessoas que usam drogas que são, simultaneamente, vítimas e agressores.

Eles ficam corajosos quando eles tão usando essas porcarias aí. (Marcela)

Sem medo... (Pesquisadora)

Sem medo de nada. Eu acho que é por isso que acontece tanta desgraça entre os drogados, um mata o outro, eles se matam por si só, se enforcam, geralmente, né, se suicidam. Porque eles ficam muito corajosos. E o meu filho tava assim, com esse perfil: “quer me bota pra fora, me bota, eu moro na rua, eu não preciso de você pra nada não, num sei o quê, num sei o quê”. Tipo assim, muito se achando. (Marcela)

Contudo, as taxas de violência causadas em razão do uso de drogas são menores do que se pressupõe. Porque a maior parte da violência diz respeito ao estabelecimento, proteção e defesa do território dominado por traficantes no mercado ilícito de drogas e assim cada grupo de traficantes podem construir um nome marcado pela reputação de terror a fim de afastar qualquer tentativa de disputa ou roubo dos bens do grupo (Hari, 2015). Um dos efeitos do discurso moral e criminal que sustentam o proibicionismo das drogas é o aumento da violência desencadeada pelo cenário de terror e mortes criado pelos integrantes do narcotráfico para defender o controle do mercado ilegal, e na tentativa do Estado em combater o comércio ilegal de drogas. Nos EUA, país que iniciou o movimento proibicionista, as maiores taxas de homicídios ocorreram em dois períodos que coincidiram com o drástico reforço da política proibicionista, como a criminalização do álcool entre 1920 e 1933, e com intensificação do combate às drogas, entre 1970 e 1990 (Miron, 2004).

Goldstein e Brownstein (1987) investigaram as causas de todos os homicídios ocorridos na cidade de Nova York, durante parte do ano 1988. Os resultados deste estudo demonstraram que mais da metade dos homicídios estavam relacionados às drogas, mas dentre estes apenas 7,5% do total de mortes foram causadas por agressores que estavam sobre o efeito de drogas/álcool no momento do crime. Outros 2% correspondiam a homicídios que resultaram da tentativa de assalto para alimentar o consumo de drogas. Enquanto que 74% dos homicídios foram causados por disputas de território entre traficantes, dívidas de drogas e pela coerção do Estado no combate ao tráfico de drogas.

Estudo conduzido por De Mello (2010), sobre os homicídios ocorridos na zona Metropolitana de São Paulo durante as décadas de 1990 e 2000, também destacou que os homicídios eram motivados em sua grande maioria pelo tráfico de crack/cocaína e pela coerção do Estado ao tráfico, e uma minoria das mortes foi causada por pessoas que estavam sobre o efeito dessas drogas ou que realizaram assalto para sustentar seu uso. Isto nos leva a pensar que não é o consumo da droga, ainda que seja ilegal, que cause o aumento da violência.

Por meio das entrevistas percebe-se que a amplitude da associação entre o uso de drogas e a criminalidade tem implicações muito prejudiciais para a pessoa que faz uso problemático de drogas, por exemplo, sua estigmatização. Além disso, foi possível perceber que os familiares sofrem ao ver seu parente usuário ser estigmatizado e por serem também alvos de discriminação. De acordo com Joana, várias pessoas da sua família e do seu trabalho se afastaram dela e do seu filho, porque ele usava drogas. O preconceito não foi vivido apenas pelo filho que usava drogas, mas por toda família. Para ela, muitos familiares, vizinhos e conhecidos não entendiam o problema pelo qual eles estavam vivendo. Ela considerou que o usuário de drogas é visto de diferentes formas, seja: doente, criminoso e sem vergonha (imoral). Joana contou que os familiares ouviam as pessoas se referirem ao familiar que usava drogas a partir de termos pejorativos como “casqueiro” e que isto lhes causava muito sofrimento.

Pra tudo, né. Hoje até pessoas da família que tinham isolado ele e até eu. Eu sofri vários afastamentos de pessoas, no meu trabalho num era todo mundo que entendia, às vezes, algum dia que eu tinha que trocar folga, essas coisas. Num era todos os colegas de trabalho que sentia obrigação de me entender, de me cobrir. Só que eu procurava assim, às vezes, pagar folga de domingo, eu pagava com sábado, com feriado, algumas coisas. Num deixava as pessoas no prejuízo, eu falava: “que dia que você quer?” A pessoa escolhia, eu pagava aquela hora, mas é difícil. Eu sofri bastante também, preconceito! (Joana)

Você fala de familiares e de colegas? (Pesquisadora)

Familiares, vizinhos, conhecidos. Num é todo mundo que entende. Uns entende como doença, outros entende assim “ah, aquele lá virou um bandido, sem vergonha – é... como é que é? tem uma palavra que machuca muito – casqueiro”. Igual a menina dele um dia ouviu de uma pessoa, nossa aquilo foi um... (Joana)

Nunca ouvi casqueiro... (Pesquisadora)

Casqueiro é aqueles que fica nas esquinas vendendo os pouquinho de droga e usa também. Aí tem o que não usa, agora o próprio traficante, a maioria não usa, ele só visa o ganho. (Joana)

Tendo em vista as implicações do estigma em relação ao usuário de drogas, Portugal adotou uma estratégia que se distancia do modelo proibicionista, implantando uma política de descriminalização do uso de drogas e observou baixas ocorrências de crimes relacionados às drogas, ajudando a aliviar um sistema de justiça criminal superlotado (Hughes & Stevens, 2010). Países como os EUA chegam a gastar \$50 bilhões de dólares por ano para no combate às drogas. Além disso, os EUA investem grande parte de seus recursos para pressionar países como, Afeganistão, Colômbia e outros países da América Latina a se dedicar ao combate das drogas. Entretanto, análise estatística das taxas de homicídios demonstram que quanto mais se aumenta as ações policiais sobre os traficantes de drogas mais crescem o número de assassinatos (Miron, 2004). Por outro lado, a legalização das drogas e taxas incidentes no consumo seriam mais eficientes em reduzir o consumo de drogas e prejuízos associados ao tráfico de drogas (Becker, Murphy & Grossman, 2004). Dessa forma, estes recursos financeiros poderiam ser investidos em educação e saúde o que poderia prevenir o uso e os agravos dos problemas relacionados ao uso de drogas.

Em várias entrevistas surgiram descrições que foram construídas a partir de ideia estigmatizantes a respeito das pessoas que usam drogas. Os usuários de drogas foram caracterizados pelos familiares, de uma maneira geral, como mentirosos, manipuladores e sedutores. Beatriz os descreveu como tão sedutores que seriam capazes de seduzir até objetos inanimados.

Ela seduz, ela seduz. (Beatriz)

Você acha que vocês não conseguem assim, ser firmes? (Pesquisadora)

Que ela volte... Não, ser firmes... Eu sou muito firme, é que ela seduz bem. O usuário de droga seduz qualquer coisa, até a pedra. (Beatriz)

Na fala de Augusto os usuários de drogas são posicionados como manipuladores. Segundo o participante, essa característica seria desenvolvida por eles para que eles pudessem alcançar seu principal objetivo na vida, que seria o consumo da droga. Para isso, ele considerou que são capazes de magoar inclusive as pessoas que amam.

É acima de tudo. Eles são altamente manipuladores, todos, todos eles. E então, eles sabem exatamente os pontos fracos de todas as pessoas aonde eles podem atingir e como atingir e eles trabalham isso com uma facilidade muito grande porque é um tipo de mecanismo, é um dispositivo que eles tem que eles desenvolvem para conseguir atingir os seus objetivos. (Augusto)

De modo geral, os usuários de drogas foram descritos como manipuladores, sedutores e calculistas sem refletir sobre as relações onde esses comportamentos são produzidos. Todo o sofrimento vivido pelos usuários e familiares diante do estigma do usuário de drogas e da culpabilização das famílias pelo problema contribuiu para que a internação forçada fosse vista como forma de cuidar, educar e proteger uma pessoa pela qual os familiares se preocupam. As relações familiares parecem estar construídas centralizadas no uso ou não uso de drogas e no sofrimento, levando a limitação de espaços reflexivos sobre o que família e usuário estão construindo juntos e generalizações do comportamento da pessoa enquanto exclusivamente usuária de drogas. Ao serem posicionados como pessoa que é em essência usuária de drogas e manipuladora, outras dimensões, recursos e características vão sendo desvalorizados. Como a pessoa que usa drogas e seus familiares podem desafiar estas descrições se em diferentes instituições sociais ela é posicionada a partir de uma essência estável? Para Corradi-Webster (2013), quando se trabalha com pessoas que usam drogas, é muito comum elas serem descritas como alcoólatras e logo manipuladoras. Em pesquisa qualitativa realizada por Vargas, Bittencourt, Rocha e Oliveira (2013) com enfermeiros de 11 CAPSad da cidade de São Paulo, percebeu-se que estes profissionais também viam, de forma generalizada, os usuários de drogas como manipuladores e sem limites.

Os entrevistados relataram que não confiam em pessoas que usam drogas. Conforme trecho da entrevista de Marcela, em decorrência do uso de drogas os usuários são considerados pessoas nas quais não se pode confiar, principalmente, no que diz respeito ao comprometimento deles em parar de usar drogas e mudar suas perspectivas de vida. Para Marcela, a pessoa que está sob o efeito de drogas não tem controle sobre seu comportamento por isso as internações, mesmo que forçadas, foram construídas como forma de cuidar do usuário, pois desintoxicado seu filho poderia pensar melhor e entender que a abstinência seria importante para sua saúde.

Quais as mudanças que vocês esperavam, ele indo na clínica? (Pesquisadora)

Mudança maior, é que lá, ele desintoxicado, sem uso de nenhuma substância, que ele fosse refletir, e ver que aquilo não era bom, e mudar de estratégia. Mudar de rumo da vida dele, sempre foi esse nosso pensamento. Ele livre. Porque quando a pessoa está em uso, nada do que ela fala você pode levar em consideração. Você entendeu? Nem as atitudes, nem as palavras. Porque não é a pessoa em si, ele tá afetada por algo, entendeu, sempre foi a nossa esperança. Ele lá, sem uso de nenhuma de substância. Ele vai refletir sobre todas as perdas que ele teve, vai ver que perdeu a namorada, que o primo se formou, vai ver que outro subiu de cargo, sobre as perdas que ele teve, e então se decidir mudar de vida. Essa sempre foi minha esperança. (Marcela)

Esses resultados estão em conformidade com estudo qualitativo realizado com 30 usuários de drogas internados em instituição psiquiátricas que relataram sofrer porque perceberam que eram vistos pela sociedade como pessoa na qual não se pode confiar, sem valor e doente (Melo & Maciel, 2016). Familiares e amigos de usuários de drogas também afirmaram que os usuários eram vistos como pessoas nas quais não se pode confiar (Ventura et al. 2009). Ao longo das entrevistas, em vários momentos, o usuário de drogas e os familiares foram posicionados como pessoas que carregam a ilegalidade da própria droga. A construção do uso de drogas como um problema envolve uma miscelânea de sentidos que inclui tanto a pessoa que usa drogas como delinquente ou criminoso e ao mesmo tempo como pessoa doente que precisa de tratamento. Segundo Melo e Maciel (2016) isso contribui pra cristalizar a exclusão social da pessoa.

Para Gergen (2015), quando cientistas produzem conhecimento, estão construindo realidades, descrevendo quem seriam as pessoas inteligentes, quem seriam os mentalmente doentes, ou estabelecendo tipos de personalidade, sendo estas ideias rapidamente absorvidas pela cultura na qual estão inseridos. Essas descrições vão integrar nosso entendimento e forma de tratar uns aos outros. No caso das pessoas que usam drogas, quando a mídia as descreve como perigosas, as ciências médicas as descrevem como sujeitas as reações químicas desencadeadas pelas drogas no cérebro, a sociedade as posicionam como pessoas não confiáveis e manipuladoras, bem como seus familiares são descritos como culpados pelo uso problemático de drogas do parente, certas formas de entendimento e práticas são construídas em relação aos usuários de drogas.

Ao longo das entrevistas, os participantes falaram sobre quando passaram a considerar o uso de substâncias psicoativas do familiar como um problema. Muitos consideraram que isto estava relacionado **às mudanças** que eles perceberam **no comportamento** do familiar a partir do uso da droga. No trecho abaixo, Ana descreveu que o filho, ainda adolescente, começou a se mostrar rebelde e passou a achar que poderia tomar suas próprias decisões. Ana atribuiu isto ao uso de drogas. Ela disse que depois que passou a beber bebidas destiladas, o filho não queria ir mais ao neurologista e precisou parar de tomar a medicação que tomava desde de criança para transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

Nenhum, até mesmo o neuro, né, ele começou a não querer ir no neuro porque ele teve que parar com a medicação porque ele começou a beber, tomar bebidas destiladas, ele teve que parar com a medicação. Aí ele já parou com o neuro também. Ele entrou numa rebeldia, assim, total, achava que era dono de si mesmo e ele ainda era de menor no caso, ele ainda estava de menor, ainda não tinha completado 18 anos. Aí quando completou 18, ele começou a beber

tudo isso que eu te falei anteriormente, ele começou a perder tudo e a gente não sabia mais o que fazer. (Ana)

Percebe-se que existe uma certa confusão entre o que foi descrito como alteração do comportamento decorrente do uso de drogas e comportamentos que parecem comuns à fase de desenvolvimento da adolescência em nossa sociedade. Para Bock, Furtado e Teixeira (2001), a adolescência seria algo historicamente construído nas relações sociais como uma fase de transição na qual o jovem se prepara para participar da sociedade contemporânea enquanto adulto. Até esta fase o jovem ponderava o mundo a partir dos valores familiares, entretanto ao compará-los com valores de novos grupos com os quais ele convive percebe que há outros valores além dos familiares. O adolescente pode viver um estado de ambiguidade, pois ele quer ser independente e fazer decisões por si mesmo, e é incentivado pela família e pela escola, mas quando o faz agindo de forma diferente do esperado, ele é severamente criticado e até punido (Bock et al., 2001).

Nem sempre os familiares parecem estar preparados para aceitar a busca de autonomia do adolescente apesar de cobrarem responsabilidade, vivendo também um momento de ambiguidade. De forma paradoxal, a mesma sociedade que força o jovem a assumir responsabilidades do adulto cada vez mais cedo, vê este jovem adulto como imaturo demais para sê-lo (Bock et al., 2001), sendo natural que os adolescentes contestem e busquem tomar suas próprias decisões. Segundo Aberastury e Knobel (1981) pode ser difícil para os pais lidar com o desenvolvimento dos filhos, surgindo um sentimento de rejeição frente à busca de independência pelo adolescente.

Outro comportamento que também foi associado à construção do uso de drogas como um problema, foi o comportamento agressivo. Patrícia destacou a influência do discurso biomédico que foca nas alterações causadas pelas drogas no funcionamento do cérebro pois seria capaz de transformar pessoas calmas em pessoas agressivas: *“Eles ficam meio raivosos né, porque mexe com o cérebro, mexe com tudo. É nervo, casca grossa. É, isso eu falo que é mesmo! Você fala uma coisinha, ela faz desse tamanho”*. Outra questão que despertaria mais preocupação em torno da droga seria a impotência do familiar diante de algo que interage no cérebro do sujeito.

Os discursos biomédico e criminal posicionam o usuário como susceptível a alterações comportamentais devido ao uso de drogas, este se tornaria rebelde, agressivo, mentiroso e não teria controle sobre seus comportamento, necessitando de controle externo, seja médico ou policial. De acordo com Becker (2008), cada sociedade constrói o que será considerado um

desvio à medida em que estabelece as regras a serem seguidas pelos seus integrantes. Quando alguém infringe tais regras tem-se o desvio e quando estas regras são direcionadas a um grupo de pessoas específico elas serão posicionadas como *outsiders*. Ou seja, o desvio não é resultado do comportamento produzido pela pessoa, mas da aplicação de regras feita pela sociedade.

Uma pessoa só será vista como anormal em uma cultura na qual seus comportamentos forem definidos como tal. Portanto, o desvio é produzido a partir das interações sociais contextualizadas histórica e culturalmente. Os usuários de drogas vão sendo posicionados como vítimas do potencial destrutivo contido nas drogas. As pessoas que usam drogas perdem o controle sobre si mesmas e sobre seu comportamento enquanto seus cérebros ficam passivos às reações químicas desencadeadas pelas drogas. Para Melo e Maciel (2016) a visão dos familiares de usuários de drogas sobre os usuários enquanto pessoas passivas diante da droga e sem controle sobre o uso problemático serviria para explicar práticas como a solicitação de internações.

Marta também falou sobre como o comportamento do filho mudou depois que ele começou a usar drogas. Para ela, o filho ficou mais agressivo, sempre na defensiva e passou a mentir desesperadamente. Ela falou também da transformação da rotina do filho que afetou o funcionamento das atividades diárias das outras pessoas que conviviam com ele.

Você falou de um comportamento que você viu diferença nesse comportamento. O que você acha que mudou, como ele passou a ser depois. (Pesquisadora)

Depois... (Marta)

De usar drogas? (Pesquisadora)

Extremamente agressivo, joga na defensiva assim, coisas elementares. Mente desesperadamente, não tem hora pra dormir, pra comer, não tem hora pra nada. É um outro mundo, um outro esquema completamente diferente, acaba interferindo muito na casa, no andamento das coisas. (Marta)

Em pesquisa realizada em Ribeirão Preto com 100 familiares e amigos de usuários de drogas, Ventura et al. (2009) relatou que para 93% dos entrevistados o uso de drogas ilícitas causa problemas legais e criminais, para 74% o problema deveria ser resolvido pela lei ou polícia e que uma pessoa que foi usuária de drogas é perigosa. É possível observar também a construção da associação entre uso de drogas e agressividade na mídia brasileira. Pesquisas documentais sobre o conteúdo de matérias de jornais publicados pela imprensa brasileira demonstraram que o usuário de drogas, principalmente, de crack, tem sido caracterizado como criminoso, violento e louco, apresentando argumentos que favorecem a repressão da polícia e práticas coercitivas de tratamento (Rodrigues et al., 2015; Romanini & Roso, 2012; Santos, Acioli, & Souza, 2012).

Deise considerou que o filho estava agressivo quando começou a se comportar de forma mal educada, mas não houve agressão física. Ela relatou que o fato do filho ter vivido a morte do pai em decorrência de uma doença grave não contribuiu para o comportamento do filho. Assim, para ela a droga foi determinante para todas as mudanças de comportamento descritas.

Algum momento você pensou que poderia ser pela idade essa... você falou: ah ficou meio agressivo.... tá respondendo... (Pesquisadora)

Quando ele começou a ficar agressivo, respondendo, eu achei que tudo fosse por causa da morte do pai, por conta da doença, talvez esse foi um dos meus erros. Achei que o problema ele tá agressivo por conta da doença do pai, foi onde eu acabei me descuidando e não percebendo algo que era por conta da droga. Eu acho que aí foi falha minha nesse sentido. Eu deveria ter percebido mais rápido. (Deise)

Como que era essa agressividade dele, você consegue me explicar, exemplificar? Verbal ou física? (Pesquisadora)

Verbal. Física nunca, nunca, nunca. Só verbal de xingar, de responder, de ser malcriado. Física não chegou a esse ponto não. (Deise)

Para Moraes e Montenegro (2014), o discurso de gênero também influencia na descrição dos homens que usam drogas como agressivos e violentos. Para os autores, as drogas potencializariam comportamentos característicos dos homens, o que justificaria a imposição de limites no tratamento dos usuários. Os tratamentos de saúde também adquirem função de disciplinar e medicalizar os homens, enquanto que a desobediência das regras impostas descritas pelos profissionais de saúde como resistência ao tratamento poderia ser descrita alternativamente como desejo de não se deixar dominar apresentado por alguns homens. Por sua vez, as autoras entenderam que a mulher usuária de drogas é posicionada como mulher promíscua, afastada de características essencialmente femininas – doçura, sentimento maternal e sexualidade contida. Dito isso, a sexualidade exagerada e a agressividade deveriam ser controladas a partir de ações de saúde com caráter corretivo, ou seja, controle dos corpos.

Nesse sentido, as internações forçadas foram construídas historicamente como uma forma de disciplinar os corpos daqueles que não conseguem controlar seus impulsos agressivos, que expressam opiniões diferentes e que tomam decisões contrárias aos padrões adotados pela sua comunidade. Assim, os usuários de drogas vão sendo posicionados como pessoas sem condições de ponderar sobre seu estado de saúde, reforçando a busca de práticas que anulem a autonomia do outro e sejam coercitivas (Santos et al., 2012). Nessa perspectiva, familiares de usuários de drogas expressaram que entendem que a pessoa que usa drogas não poderia ser considerada um cidadão (Araujo, 2012). Um cidadão teria autonomia para exercer seus direitos civis (todos tem direito à liberdade e iguais perante a lei), políticos (direito de participar das decisões políticas da sua sociedade) e sociais (acesso as garantias oferecidas pelo Estado)

(Oliveira & Alessi, 2005). Os resultados apresentados por Araujo (2012) estão alinhados às práticas históricas no campo da saúde mental que foram construídas com base na exclusão social e negação da cidadania. Apesar do movimento de Reforma Psiquiátrica Brasileira enfatizar o resgate da cidadania, esta transformação não se concretizou nas ações coordenadas pelas pessoas nas suas interações sociais cotidianas.

Um dos problemas diante do uso de drogas recorrentemente apontado pelos familiares foi o fato do parente subtrair pertences da família ou dinheiro para manter o consumo de drogas. Para Patrícia a situação era muito difícil porque a filha pegava dinheiro e objetos da família para trocar por drogas: *“O que ela consumia lá fora era com dinheiro da gente. Tirava dinheiro do pai dela, tirava minhas coisas pra vender, pra trocar né, a troco de tranqueira”*.

Na fala de Vânia percebe-se a preocupação vivida pela família quando perceberam que os pertences da família estavam sumindo. Além disso, a família estava muito preocupada com o grupo de amigos com o qual o parente estava envolvido, que poderia contribuir para que ele fosse posicionado como criminoso no futuro.

O que vocês foram percebendo que levou vocês a achar que era um problema o uso da droga?
(Pesquisadora)

Eu acho de como ele ficou porque tava fazendo mal pra ele e mal pra gente também. Tanto por tá sumindo tudo as coisas dentro de casa porque aí já começou, e parece que quando a gente descobriu foi pior ainda porque aí que você ficava atento e começava a observar “não, tá sumindo” e até pra ele que cê via assim que as companhias que ele tava andando que se não tomasse uma atitude ou ele ia preso ou acho que ele tava morto. (Vânia)

Para Fábiana o fato do filho usar drogas se tornou um problema quando ele começou a roubar os familiares e já não trabalhava mais. Ela disse que tentando cuidar do filho, que estava prejudicando a própria vida, ela viu a internação involuntária como a única estratégia naquele momento.

E quando que você passou a considerar esse uso da droga por ele um problema?
(Pesquisadora)

Quando ele começou a roubar em casa, roubar da minha bolsa, falsificou cheque do pai dele, num queria trabalhar mais, não tava dando conta de trabalhar. Então, eu já vi que ele tava causando prejuízo pra própria vida e de repente ele podia causar mais estrago na vida dele. Aí foi quando eu comecei a procurar ajuda. Aí sozinha, né, pelo site achei clínicas só que pega porque ele não aceitava conversar sobre o assunto em hipótese nenhuma. Então, a única estratégia que eu tinha pra usar era a internação involuntária. (Fábiana)

A literatura aponta que são comuns relatos entre familiares e cuidadores de usuários de drogas sobre a venda de objetos da casa e, em algumas situações, subtrair dinheiro da própria família para poder comprar ou trocar por drogas (Santos & Martin, 2009; Soccol et al., 2014).

Os sentidos construídos no tempo vivido vão além dos prejuízos de saúde, o foco da problematização do uso de drogas parece se concentrar na ameaça à ordem moral e segurança pública e doméstica. As famílias foram construindo uma narrativa na qual o usuário de drogas era bem sucedido antes de iniciar o uso e após o consumo teve uma trajetória de perdas e fracassos. As narrativas da família, sobre a transformação de quem usa drogas em uma pessoa agressiva, rebelde e que rouba, surgiram em contexto histórico cultural específico, sendo influenciadas pela construção do *self* na cultura Ocidental na qual as famílias desse estudo estão imersas. Segundo Gergen (2015), dentro desta cultura cada um de nós se vê como separado e autônomo, naturalmente detentores da razão e das emoções. Comumente entendemos que *selves* individuais se juntam para formar relacionamentos, compreendendo que nossas decisões não tem nada a ver com os outros, mas se deve a capacidade de cada um pensar por si mesmo. Ao inaugurar a filosofia moderna em 1637, Descartes proclamou *Cogito ergo sum* (Penso, logo existo). Sobre este pressuposto foi construído um amplo vocabulário sobre o mundo interior. Dentro do discurso individualista que fundamenta a cultura ocidental, o *self* é visto como único, constante, estável e contido no interior do indivíduo, ou seja, as características do indivíduo continuarão as mesmas em diferentes momentos e espaços (Gergen, 2000). Assim, uma pessoa essencialmente maravilhosa e carinhosa assume uma essência agressiva, rebelde, irresponsável e criminosa quando passa a usar drogas.

De acordo com Gergen (2015), a crença na existência de *selves* individuais nos leva a formas específicas de entendimento sobre más ações como, crimes, comportamento estranhos, etc. Em todos os casos, nós tendemos a entender que a culpa está no funcionamento interno do indivíduo. Dessa forma, eles devem ser reparados por meio de terapia, educação, prisão, etc. Segundo Gergen (1999), uma das implicações desse discurso individualista é a sistemática avaliação observada no campo da saúde mental que dá um caráter individual à doença e remove sentidos do seu contexto histórico cultural. Dessa forma, os diagnósticos têm sido descritos como um déficit, ou seja, o sujeito diagnosticado é culpado pelo seu problema e suas ações, e responsável pelo seu tratamento e até mesmo pela sua cura. O discurso de déficit seria essa tendência de avaliar negativamente e apontar falhas, deficiências e defeitos do outro (Gergen 1999, Gergen & McNamee 2000, McNamee 2002). Algo percebido pelos familiares entrevistados que relataram a estigmatização vivida pelo usuário e pelos familiares. Os familiares perceberam que mesmo que a sociedade entenda o uso de drogas como uma doença, o usuário é julgado por falhas atribuídas de forma generalizada ao grupo de pessoas que usa drogas. Os participantes também disseram que os próprios familiares são avaliados e discriminados pela sociedade.

Assim, os entrevistados entenderam que a melhor estratégia disponível para cuidar do usuário de drogas era a internação involuntária e/ou compulsória, tendo em vista todo estigma vivido por eles e pelo usuário de drogas e as mudanças de comportamento observadas por eles. Isso nos ajuda a entender como os diferentes sentidos foram construídos sobre as internações involuntárias e compulsórias de usuário de drogas, pois quando as conversas são perpassadas pelo discurso biomédico estas são vistas como cuidado, proteção ou abstinência e quando influenciadas pelo discurso moral-religioso e jurídico estas são entendidas como educação ou abstinência. Quando o sujeito entra em tratamento, seu problema é tratado longe do seu contexto comunitário, desconsiderando as contribuições do contexto relacional na construção do seu problema (Gergen, 1999; Gergen & McNamee, 2000). Por exemplo, a família que solicita a internação involuntária ou compulsória reduz a possibilidade de refletir sobre sua própria relação com o problema.

Destaca-se que o discurso do déficit, hegemônico em nossa cultura, influencia as narrativas dos grupos de mútua ajuda como os alcóolicos anônimos que estão presentes na maioria das clínicas que oferecem internação forçada. Isso contribui para sentidos compartilhados pelos participantes sobre o problema do uso de drogas como doença localizada no interior das pessoas que apresentam “predisposição” a perda de controle. À medida que a falha é atribuída a pessoa que usa drogas ela deve reconhecer ter perdido o controle sobre o uso de drogas e transformar seu estilo com ajuda de um ser superior (R. V Melo, 2016). Isso não quer dizer que os grupos de mútua ajuda devam ser abandonados, pois são também espaços potentes para interações sociais, ajudando a pessoa a enfrentar o problema, a pensar em diferentes recursos e representando um espaço de acolhimento a pessoas estigmatizadas pela sociedade. Entretanto, é um convite à reflexão sobre como os discursos hegemônicos cristalizam realidades estigmatizantes.

Enquanto a cultura ocidental entende o *self* como algo linear, a vida é feita de altos e baixos. De fato, essa multiplicidade de narrativas acaba sendo suprimida pelo que White e Epston (1990) chamaram de histórias de vida saturadas pelo problema de uso de drogas. Nas narrativas dos familiares de pessoas internadas involuntariamente e/ou compulsoriamente ganharam destaque imagens cristalizadas da pessoa que usa drogas presentes nas relações sociais cotidianas em eles estavam inseridos. Foi possível perceber, nas falas dos familiares, que as imagens do usuário de drogas como perigosos, não confiáveis, manipuladores e agressivos se sobrepuseram a multiplicidade de narrativas que ressaltavam o lado carinhoso, responsável e amoroso do usuário. As pessoas internadas eram ao mesmo tempo pais, filhos/as, irmãos/irmãs, amigos/as, etc. Segundo Gergen (2009a), dentro de cada relacionamento nos

tornamos alguém, ou seja, nós desempenhamos certo papel ou adotamos certa identidade. Por exemplo, com meu pai eu venho a ser um filho/a, com o meu filho/a venho a ser um pai/mãe, e assim por diante. De certo modo, nós estamos preparados para no futuro imitar várias versões de nós mesmos se necessário. Coexiste uma parte de nós que é dócil, nervosa, calma, confiante, insegura, dentre outras características.

Além disso, dentro das várias interações sociais e cenários nós aprendemos a coordenar nossas ações de uma forma particular. Por exemplo, ao longo das entrevistas os familiares coordenaram suas ações de forma específica tendo em vista que estavam falando com uma pesquisadora, psicóloga que trabalha na perspectiva da redução de danos e que estava perguntando sobre internações involuntárias e compulsórias. As famílias me posicionaram como uma pessoa contrária às internações forçadas e que precisava ser convencida sobre a necessidade destas uma vez que, eu poderia apresentar suas opiniões dentro da comunidade científica. Provavelmente os familiares coordenam suas atividades de maneira diferente quando conversam com amigos pessoais. Ao mesmo tempo, em nossa conversa estavam presentificadas as vozes de conhecidos que também haviam solicitado internação involuntária e compulsória, a filosofia do AE, vozes dos funcionários das clínicas e vozes de médicos e psicólogos favoráveis a estas internações.

Como demonstrado por Corradi-Webster (2009), nas histórias de mulheres que faziam uso de bebida alcoólica ocorria a desvalorização de posições que destacavam os recursos da entrevistada como não beber quando ia dirigir e quando tinha compromissos importantes, diante de posições culpabilizantes como a de ser culpada pelo consumo, a de não se esforçar, ser fraca para enfrentar o problema ou ser dominada pelo efeito do álcool. Quando a mesma entrevistada cogitava qualquer forma de mudança resgatava o discurso de responsabilidade individual presente nas vozes dos familiares e médicos, sentindo-se culpada por prejudicar a saúde e responsável por resolver seu problema. Um dos efeitos desse discurso foi o afastamento da entrevistada de outras pessoas e dos próprios serviços de saúde. A autora ressaltou a iatrogenia presente nos discursos medicalizantes por focarem na eliminação dos sintomas, abstinência, enquanto que o pedido da entrevistada para cuidar da solidão permanecia irrefletido. Esses discursos deixam a pessoa imobilizada para a mudança.

Nesse sentido, observou-se que as imagens estigmatizantes dos usuários de drogas compartilhadas pela mídia e nas interações sociais cotidianas das famílias as quais cristalizam descrições dos usuários como agressivos, manipuladores, perigosos e não confiáveis contribuíram para que as internações forçadas fossem construídas como única forma de proteger, educar e cuidar do usuário. Entretanto, alguns estudos descrevem uma imagem da

pessoa que usa drogas totalmente diferente da imagem estereotipada construída em torno do usuário de heroína. De acordo com Radcliffe e Stevens (2008), um dos usuários de heroína entrevistados afirmou manter uso discreto da droga, evitando usar na frente de outras pessoas, ter uma vida regrada, usando a droga apenas ao acordar de manhã, e cuidar dos filhos, levando-os para a escola no horário correto. Seu nome poderia facilmente aparecer estampado em um jornal como sendo um usuário de drogas criminoso ou ele poderia ser descrito por um serviço de saúde como alguém resistente ao seu problema com drogas. Nesse sentido, usuários de heroína também relataram manter uso controlado da droga e manter seu emprego sem problemas mesmo nos períodos em que estavam utilizando maior quantidade (Harris & McElrath, 2012).

Opondo-se a ideia muito presente nas entrevistas com os familiares de que ao desenvolver uso compulsivo de drogas a pessoa não conseguiria controlar o uso, Blomqvist (2004) observou que metade dos usuários de drogas entrevistados relatou terem interrompido o uso de drogas durante uma ou mais ocasiões, algumas vezes, por um ano ou mais. Por exemplo, entre as mulheres, muitas deixaram de usar drogas durante a gravidez ou para cuidar dos seus filhos. O autor também evidenciou que o problema em relação ao uso de drogas está além dos efeitos químicos das drogas no cérebro, o contexto histórico cultural e as relações sociais desempenham papel fundamental na construção deste problema. Isso não quer dizer que devemos abandonar conversas sobre os prejuízos causados pelo uso de drogas, mas ao invés de conversas centralizadas na questão das drogas, direcionar nossa atenção para o ser humano presente nas interações sociais.

McNamee (2015) propõe a responsabilidade relacional como discurso alternativo para cuidar de problemas, atualmente, individuais. O que exige a mudança de foco do tratamento dos sintomas para uma prática relacional capaz de explorar contextos discursivos mais amplos. Identificar e desconstruir discursos hegemônicos (no caso do uso de drogas, discurso moral, criminal, biomédico, da abstinência e do déficit) e explorar fatores sociais que contribuem para a construção do uso problemático de drogas. Além disso, é importante investigar os recursos da pessoa para além dos sintomas e dos comportamentos problemáticos como parte das conversas no setting terapêutico e no nosso cotidiano. Esta perspectiva relacional poderia ajudar os familiares a romper com a imagem cristalizada dos usuários de drogas enquanto pessoas agressivas, manipuladoras, perigosas e não confiáveis, permitindo que eles percebessem a multiplicidade de papéis e narrativas possíveis.

Se por meio do uso da linguagem nas nossas interações sociais podemos construir certos sentidos, é por meio de mudanças do uso da linguagem que podemos juntos criar entendimentos

diferentes (Burr, 2015). Que outras narrativas poderiam ser criadas se as famílias refletissem sobre as implicações dos discursos que posicionam o uso de drogas como a essência dos seus familiares? E se a dependência as drogas não estivesse dentro das pessoas? Essa reflexão poderia criar um espaço onde as famílias poderiam se engajar em uma postura relacional, curiosos sobre a vida do usuário para além das drogas, convidando a pessoa que usa drogas a ouvir seus familiares e perceber o quanto eles se preocupam com ela. Foi possível observar nos relatos dos familiares o sofrimento destes diante da estigmatização do usuário e de si mesmos e a preocupação destes com o usuário. Isto nos ajuda a compreender como as internações forçadas foram construídas como cuidado, proteção, educação, alívio e alcance de abstinência. Percebe-se também que a decisão por essas internações não foi fácil para os familiares, uma vez que eles demonstraram ter consciência do quanto é desagradável para o usuário permanecer internado e ficaram frustrados porque perceberam que as internações não resolveram o problema. Contudo, pode ser que o usuário não visualize as solicitações de internações forçadas como ato de desesperado dos seus familiares na tentativa de ajudá-lo, sentindo-se menos cuidado e amado. Não estou dizendo que seja este o caso, mas tentando apontar para a construção de sentidos de acordo com momentos e contextos específicos. Afinal, nós não temos controle sobre os sentidos construídos pelos outros. É possível que adotando uma postura alternativa família e usuários possam construir novos entendimentos juntos.

Para os familiares a vida dos usuários foi marcada por inúmeras **perdas** o que demonstrou que o uso de drogas estava se tornando problemático. A interrupção dos estudos, perda de emprego, perda de amigos e término de namoro foram recorrentes nas narrativas dos entrevistados. Como exemplo, é apresentado a seguir o relato de Marta:

Teve alguma coisa que você viu que prejudicou ele? (Pesquisadora)

Olha ele perdeu tudo que ele tem, tudo, todas as coisas, tudo! E emprego e serviço zero. (Marta)

A namorada... (Pesquisadora)

A namorada. Então, vai acumulando perdas. E quanto mais acumula perdas, mais a autoestima passa do solo, lá pra baixo. Então, é muita perda. (Marta)

Na fala de Ana as drogas foram posicionadas como uma ameaça às famílias, sendo a causa de muitos problemas. De acordo com Ana, ele abandonou a escola, perdeu o emprego e a namorada, não conseguia finalizar seus planos e se afastou de atividades que sempre amou.

Porque você considera problemático o uso da droga feito por ele? (Pesquisadora)

Ah, porque hoje a destruição da família é as drogas, né, a bebida e hoje a gente só vê tudo que acontece tá sempre a droga no meio ou tá sempre o álcool no meio. (Ana)

Que prejuízos você foi vendo que ele foi tendo com o uso da droga? (Pesquisadora)

Ele parou de estudar, ele perdeu o emprego. Tinha uma namorada, uma graça de menina, também acabou, ela tentou ajudá-lo num conseguiu, depois de mais de 2 anos de namoro ela deixou ele também. Aí a coisa ficou mais, agravou mais ainda. Então, ele perdeu...ele tava tirando carta de moto e de carro, parou também de tirar porque, não sei se é por causa das drogas, ele chegou assim a tipo entrar em umas crises de pânico. Então, ele até fazia as aulas, mas no dia da prova ele não aparecia, na prova da autoescola ele não aparecia. Então, cê via que ele tinha um certo pânico também. Então, ele perdeu muita coisa, tudo, né [risos]. Perdeu futebol que era o sonho dele, ele amava jogar futebol, parou também. (Ana)

Deise contou que muitos amigos se afastaram do seu filho por orientações de seus pais que assim como ela viam seu filho com desconfiança porque ele usava drogas. Nesse sentido, ela relatou também que após a alta ele não pôde mais conviver com os amigos com os quais usava drogas para evitar recaídas. Na fala de Deise foi possível perceber que seu filho vive uma situação de vínculos sociais restritos à família e à clínica privada onde estava internado e depois passou a trabalhar de forma voluntária.

E você falou que você ainda não confia nele, você percebe nas outras pessoas da comunidade no geral, pessoas que ele conhece da cidade mesmo, você percebe que eles também têm esse tipo de desconfiança? (Pesquisadora)

Tem. Os amigos dele têm, que era amigo dele sem envolver. Porque os que era da droga ele não tem mais amizades, ele se afasta, tudo. Esses outros amigos estão aos poucos conversando com ele e voltando amizade com ele, mas aos poucos. Um ou outro que voltou a ter amizade, mas a maioria ainda não tem amizade como era antes. (Deise)

Houve um afastamento? (Pesquisadora)

Houve. Bastante. Porque o meu filho era muito assim, ele se dava com todo mundo. Todo mundo na cidade conhecia ele porque a cidade é pequena. Então, a maioria se afastou dele. a maioria dos amigos se afastou dele. (Deise)

Você vê alguma razão pra esse afastamento? (Pesquisadora)

Eu acho que um pouco as próprias famílias porque deve tipo assim se meu filho vai andar com ele que usa drogas vai usar droga também. Eu acho que pouco também até a próprios pais dos amigos que deveria falar: “não. Se afasta porque não é uma boa companhia.” Eu creio que um pouco é isso. (Deise)

Joana falou sobre um momento de separação muito sofrido, devido a situação de uso de drogas do filho e da nora os netos viveram momentos de negligência e foram morar no abrigo. Ela conseguiu recuperar a guarda de 3 netos, mas a neta mais nova foi adotada por um casal desconhecido.

Aí, as crianças tinham sido recolhidas pelo juizado assim... tutelar, né. Aí, o juiz depois de um tempo entregou essas crianças pra mim, foi uma luta. A gente perdeu a menorzinha que foi pra doação. Fui lá como hoje ela tava fazendo 6 meses, que ela tava separada das outras crianças porque ela era menorzinha. Então, era até outro nome e outro lugar, era lá no (nome do bairro). Eu fui peguei ela no colo tudo, ela chorou muito hora que eu pus ela no bercinho, só que eu não sabia que o outro dia a outra família já ia levar, ninguém contou. E a cunhada da minha ex-nora, no caso, num foi casada, mas só pra você entender, é casada com o irmão da mãe, ela foi notificada, o juiz ofereceu pra ela a menininha, só que ela falou que pra ela não dava certo e que ela não ia pegar. Só que ela nem me comunicou, se ela tivesse me comunicado, né. Porque eu já entrado com o pedido dos outros 3 que tavam na tutelar e lá pertencia a parte da tutelar,

mas era dos pequeninhos. (...) Mas não teve jeito. Aí ela foi mesmo, a família do (nome de outro Estado), alugaram uma casa aqui até terminar o processo, juiz entregou os 3 pra mim e essa família ficou com ela. Aí, mudou até de nome. Porque ela chamava T. hoje ela chama J., só que eu não sei família que é nada, você não fica sabendo, né. (Joana)

Entretanto, não é só o uso de drogas que implica em perdas para o usuário, as internações involuntárias também geraram perdas nas vidas deles. Como no caso do filho de Olívia, internado involuntariamente mais de 10 vezes, a mãe disse que desejava ver o filho bem, construindo uma família no futuro, mas reconheceu que o filho não vive, pois fica preso nas clínicas, isolado do mundo pelos muros. Olívia contou que o filho ficou tanto tempo internado que não conhecia o aplicativo de celular *whatsapp* e lembrou com muita tristeza da felicidade do filho que tinha comprado um celular e usado o aplicativo pela primeira vez, felicidade que durou pouco porque em seguida ele trocou o celular por drogas, sendo internado novamente.

Que mãe que não quer vê seu filho bem, trabalhando, gosta de andar bem vestido, tudo, ama ficar andando bem vestido, quer ter namorada, quer casar, ter filhos. Primeiro ele fala que vai comprar a casa dele depois ele casa. Então, que mãe que não quer ver isso, ver bem porque isso não é vida. Eles não vivem, eles vivem preso. Uma pessoa tinha comprado uma semana anterior que ele recebeu o dinheiro dele ele ajuda com um pouco e um pouco ele fica, ele comprou um celular. Ou um celular de R\$ 700,00 você dá por R\$ 20,00. E ele queria tanto um celular, tanto um celular que ele foi guardando dinheiro e quando ele comprou se você ver a felicidade dele com o celular e a minha filha ajudando ele a mexer e baixando as coisas e colocando as coisas. Num tinha usado o “whatsapp” ainda, tantas internações que não conhecia nem o “whatsapp” ainda. Que felicidade, em uma noite você dá um celular por R\$ 20,00, me fala se não é forte. (Olívia)

Para Beatriz, diante das internações involuntárias prolongadas da filha também existia o medo constante de que a filha sofresse um processo de institucionalização. Para ela as internações causaram o enfraquecimento dos vínculos sociais entre a família extensa e sua filha, bem como da relação entre mãe e filha, pois a filha nunca estava presente nas situações de convívio familiar. Entretanto, Beatriz entendeu as internações como a única forma de proteger a filha das drogas que eram prejudiciais a integridade dela.

E....Você percebeu já, alguma mudança na família, no ambiente familiar, com esses tratamentos.... (Pesquisadora)

Ah sim.... (Beatriz)

Com a internação mesmo? (Pesquisadora)

No começo, assim, meu marido é apaixonado por ela, isso é, é ele sofre com a falta dela. Muito, muito! Vamos falar de família um pouco maior. Primos, parará, parará, eles gostam, né. Mas já perdeu aquele, aquele, aquele amor intenso. Já perdeu, né. Nunca tá presente, né. (Beatriz)

Você acha que essas internação na verdade então, meio que afastou um pouco ela do convívio da família, primos, né, mas... (Pesquisadora)

Tios. (Beatriz)

Tios... (Pesquisadora)

Tios gostavam dela. Até de mim. (Beatriz)

Após o uso de drogas fica visível uma trajetória de perdas na vida da pessoa. Seus vínculos sociais se tornam cada vez mais restritos. Os familiares muito preocupados e desesperados com a situação do usuário de drogas entenderam as internações forçadas como única solução para o problema. No entanto, por mais que a família tentasse explicar para o familiar internado que as internações eram necessárias para cuidar dele e que as recorrentes solicitações de internações involuntárias/compulsórias demonstravam preocupação da família com o familiar, isto não quer dizer que o familiar internado entendesse a internação da mesma maneira. Para o familiar internado, as internações poderiam fazer com que ele se sentisse mais excluído da família e menos amado por esta. Do ponto de construcionista social, os familiares não controlam os sentidos construídos pelo familiar internado sobre as internações forçadas, pois os sentidos não estão contidos nas palavras ou ações, mas são construídos nas relações sociais cotidianas. Dessa forma, as solicitações de internações forçadas pelos familiares poderiam apresentar implicações não intencionais como a intensificação do quadro de isolamento social vivido pela pessoa internada, gerando um distanciamento da sua família e da vida social.

As perdas vividas e o enfraquecimento dos vínculos sociais relatados pelos familiares parecem contribuir para o uso cada vez mais problemático de drogas, gerando recaídas e reinternações forçadas. Para Alexander (2008), integração psicossocial consiste na profunda interdependência entre indivíduo e sociedade. Ao longo da vida, seres humanos se dedicam a estabelecer e manter uma posição em sua sociedade uma vez que, não são autossuficientes psicologicamente. O autor chamou de deslocamento essa falta ou perda da integração psicossocial. A palavra deslocamento foi usada no seu sentido mais amplo, não se limitando a separação geográfica. As pessoas podem enfrentar pequenos períodos de deslocamento, mas quando vivenciado de forma prolongada é capaz de causar sofrimento insuportável para o indivíduo e destruição para a sociedade. Alexander (2008) considera que dentro da sociedade Ocidental regida pela lei do livre mercado, deslocamento não é um estado patológico de alguns, mas uma condição geral. Como exemplo da relação entre uso de drogas e deslocamento citou o surgimento do sistema capitalista na Inglaterra que foi acompanhado pela construção do uso do álcool como um problema em razão da migração dos trabalhadores do campo para as cidades e modificações na rotina de trabalho dentro das fábricas. Outro exemplo citado pelo autor foi a história da constituição do Canadá na qual os colonizadores adotaram uma política de “assimilação” dos povos nativos, incorporando a população aborígene adulta como

trabalhadores enquanto as crianças eram separadas das famílias e cresciam em escolas residenciais. Essa política contribuiu para a eliminação das linguagens nativas e práticas culturais da população aborígine e consequentemente gerou grande sentimento de deslocamento e aparecimento do uso problemático de álcool. O deslocamento pode ser causado por diferentes motivos como destruição de uma comunidade por um acidente natural, experiências de violência, ser excluído de um grupo, destruição da cultura de um povo, pobreza material, falta do sentimento de pertencimento, falta de sentido na vida, entre outros motivos.

Segundo Alexander (2008), o uso problemático de drogas seria uma das formas de se adaptar ao deslocamento. Usuários de drogas perceberam o comportamento, uso de drogas, como forma de serem reconhecidos e incluídos dentro de um grupo social, além da sensação de coesão social dentro do grupo (Blomqvist, 2004). Granfield e Cloud (1999) também haviam observado que usuários de drogas apontavam como motivo para continuar o uso de drogas a vivência de um sentimento de pertencimento e aceitação dentro do grupo de usuários de drogas. Dessa forma, se o uso problemático de drogas é entendido como uma forma de adaptação ao deslocamento, o tratamento para este problema deve ser baseado na promoção de inclusão e reinserção social. Segundo estudos desenvolvidos por Robins (1974, 1993), o exército americano que havia usado de forma regular e prolongada drogas como, maconha e opióides, durante a guerra do Vietnam, surpreendente havia encerrado o consumo de drogas quando retornaram aos Estados Unidos da América. Considerando um contexto de guerra, os soldados viveram situações de perigo e violência constante, longe de familiares, amigos e do seu país, e o uso de drogas apareceu como forma de adaptação. Portanto, eles cessaram o uso de drogas ao retornarem ao seu país e a convivência com seus amigos e familiares. Isso também demonstra que a questão do uso drogas não se limita a fatores genéticos e reações químicas cerebrais.

Considerando que a ação das drogas no cérebro seria o principal fator determinante para o desenvolvimento do uso compulsivo de drogas, comumente, pacientes submetidos a tratamento com opióides para aliviar a dor deveriam desenvolver uso problemático desse medicamento. Entretanto, foi observado que apenas pequena parcela das pessoas que estavam em tratamento com opióides devido a dor crônica apresentaram uso abusivo do medicamento (Aronoff, 2000; Furlan, 2006). Isso não quer dizer que o uso de drogas seja seguro para aquelas pessoas que não desenvolveram uso problemático de opióides ou que esse tipo de medicamento não possa levar ao uso problemático e prejuízos para saúde, mas que o uso problemático de drogas vai além de uma predisposição genética, de reações químicas cerebrais ou de uma personalidade disfuncional.

Nas conversas com os familiares, eles comumente recorriam às crenças, fortemente propagadas em nossa sociedade, de que o primeiro contato com a droga seria capaz de desencadear seu uso compulsivo, da perda do controle sobre o uso de drogas, de que reações químicas das drogas e de que uma personalidade compulsiva seriam a causa do uso abusivo de drogas. Ideias que foram ilustradas por estudos científicos realizados durante as décadas de 1960 e 1970, demonstrando que ratos que estavam sob efeito de morfina por um longo período de tempo, em condições específicas, escolhiam a solução de morfina ao invés de água até a morte. Alexander, Coombs e Hadaway (1978) suspeitaram que o contexto destes experimentos, geralmente, o rato permanecia sozinho dentro de uma caixa de metal pequena, poderia contribuir para o uso compulsivo de morfina. Nesse sentido, os autores realizaram um experimento comparativo entre dois tipos de contexto. Primeiro, ratos foram alocados sozinhos em caixas de metal pequenas como nos estudos anteriores. No outro contexto, ratos foram colocados em caixas maiores de madeira, com outros ratos de ambos os sexos, plataformas para escalada e rodas para corrida. As duas populações tinham acesso a uma garrafa de água e outra com solução de morfina. Os resultados demonstraram que os ratos que viviam isolados consumiram 20 vezes mais morfina por dia que os ratos que viviam no ambiente enriquecido.

Esse experimento coloca em dúvida a teoria que tem sustentado o modelo de guerra às drogas e o discurso da abstinência, o uso compulsivo de drogas não seria causado exclusivamente pelas reações desencadeadas por elas no cérebro das pessoas, por uma predisposição genética ou por uma personalidade compulsiva. Se em certas situações as pessoas não conseguem construir relações com outras pessoas ou não percebem um sentido em sua vida ou não conseguem visualizar uma perspectiva de futuro, elas estão mais vulneráveis ao uso de drogas ou a passar mais tempo usando internet ou a trabalhar de forma compulsiva. Observando os relatos dos familiares, percebe-se que quando seu parente apresentava um uso de drogas problemático, o que poderia ser visto como um pedido de ajuda, tal problema foi visto como justificativa para o afastamento dos amigos, da namorada, do emprego e da escola. Os entrevistados permaneceram se esforçando para ajudar o usuário de drogas, mas sem saber o que fazer e preocupados com a saúde e integridade dos usuários eles precisaram solicitar as internações involuntárias e/ou compulsórias. Diante de tal reflexão, Cohen (2009) propôs um sentido alternativo para o comportamento, comumente, chamado de “adição”, considerando um potencial normal dos seres humanos que seria de construir vínculos (*bonding*). Nós podemos construir vínculos com pessoas, diferentes objetos, comida, drogas, jogos, animais, poder e assim por diante. Então, ao invés de dizer que alguém é “adicto” a drogas poderíamos dizer que ela construiu um vínculo com as drogas. Para o autor, de acordo com critérios

médicos, alguém que usa diariamente drogas seria diagnosticado com transtorno relacionado ao uso de drogas. Ao contrário de pessoas que dedicam suas vidas, por exemplo, ao trabalho ou as atividades físicas sem que sobre tempo para atividades cotidianas que geralmente não são diagnosticadas com algum transtorno. A diferença poderia ser explicada pelo tipo de julgamento moral sobre a motivação de cada comportamento.

Os familiares relataram viver muitas preocupações e sofrimento ao perceber o estigma vivido por eles e pelos usuários, as mudanças no comportamento e as perdas de vínculos muito comuns na vida do usuário. Tais experiências somadas ao desconhecimento de outras alternativas de intervenção e ao sentimento de desesperança diante do problema construíram as internações involuntárias e compulsórias como melhor e única forma de alcançar abstinência. Apesar da intenção demonstrada pelos familiares entrevistados de cuidar e proteger os usuários a partir das solicitações das internações forçadas, os usuários poderiam construir sentidos diferentes sobre estas solicitações. Ou seja, os usuários poderiam entender estas solicitações como impositivas diante de alguém que é desvalorizado porque perdeu tudo que tinha e porque tem seu comportamento orientado pelo efeito das drogas. Sem saber o que fazer e sem suporte profissional as famílias e o usuário seguem numa relação em que ambas as partes podem não se sentir acolhidas. A perspectiva construcionista social acredita que as formas pelas quais nós conhecemos nosso mundo é produto das nossas interações com outras pessoas e com nosso ambiente (McNamee, 2015). Nesse sentido, Pearce (2007) sugeriu quatro perguntas para nos ajudar a adotar uma postura relacional, a saber: O que estamos construindo juntos? Como o construímos? Quem nós nos tornamos à medida que o construímos? Como podemos construir mundos sociais melhores? Assim, o papel dos profissionais psicólogos seria ajudar familiares e usuários a refletir sobre as práticas que eles estão construindo juntos, como eles as estão construindo, quem eles estão se tornando por meio da solicitação de repetidas internações involuntárias e compulsórias e como eles poderiam construir novos entendimentos, práticas e mundos.

O foco do construcionismo social está nos processos de interação social ao invés da avaliação de indivíduos, ações ou ideias (McNamee, 2015). A proposta é romper com discursos que culpabilizem a família ou usuário, ir além de explicações que posicionam a pessoa como alguém que é biologicamente predisposto ao uso problemático de drogas ou que ao longo da sua convivência com seu ambiente, principalmente, com a família, desenvolveu características psicológicas que são determinantes para o uso problemático de drogas. Para Burr (2015), as duas explicações são essencialistas uma vez que, ambas posicionam a pessoa como tendo uma personalidade definida pelo aspecto biológico ou ambiental, explicações antagônicas a

perspectiva relacional. Ambas explicações culpabilizam e patologizam o usuário e sua família, limitando suas possibilidades de mudança. Por exemplo, se alguém recebeu algum diagnóstico psiquiátrico relacionado ao uso de substâncias e isto é visto como produto exclusivamente das características de sua personalidade, essa pessoa dificilmente perceberá alguma possibilidade de mudança e estará sujeita a intervenções invasivas como medicalização e internações forçadas. Por outro lado, se a família é posicionada como fator determinante para que um dos membros passe a usar drogas, a família e a pessoa que usa drogas não entenderão que são capazes de mudar, e a família pode entender que o melhor tratamento para o usuário de drogas é afastá-la do convívio familiar e deixar que os *experts* (profissionais da saúde) cuidem do usuário de drogas. Mas se considerarmos os processos relacionais podemos perceber que todos somos responsáveis pela construção do mundo em que vivemos. Sendo influenciados pelos discursos dominantes sobre o uso de drogas e, simultaneamente, contribuindo para sua manutenção. McNamee (2015) entende que o papel do profissional de saúde é ir além do encontro “da resposta correta”, mas mostrar que existem múltiplas soluções, ajudando a manter uma conversa colaborativa entre família, usuário e profissional e a possibilidade de criar novos entendimentos juntos. E isso não quer dizer eliminar visões diferentes, pois isso seria tão opressivo quanto diagnóstico e medicalização podem ser.

Este tema demonstrou como as internações involuntárias e compulsórias foram construídas enquanto forma de proteger, cuidar e educar os usuários de drogas, pois os familiares relataram intenso sofrimento e preocupação diante de situações em que os usuários foram vistos como não confiáveis, perigosos e manipuladores e perderam vínculos sociais no momento em que mais precisavam de apoio. Além disso, as mudanças de comportamento descritas pelos familiares, por exemplo, roubos, agressividade e rebeldia geraram muitos conflitos e sentimentos que contribuíram para que a família construísse as internações forçadas como possibilidade de alívio para que família pudesse ter uma vida minimamente organizada e tranquila e de abstinência para o usuário. Destaca-se que a busca por essas internações gerou sentimentos contraditórios, como culpa e desesperança, para os familiares porque essas eram as únicas intervenções possíveis, mas não tinham bons resultados e apresentavam riscos de institucionalização e perda de vínculos familiares e sociais.

SENTIMENTOS DA FAMÍLIA

9.3 Sentimentos da família

Este tema foi pensado a partir das descrições dos participantes a respeito de sentimentos construídos a partir do uso de drogas de seu familiar, considerando que o uso de drogas afeta toda a família. O tema traz falas marcadas pela angústia e desespero. Considera-se importante conhecer os sentimentos vividos pelos familiares, pois estes nos ajudam a compreender como os sentidos sobre as internações involuntárias e compulsórias foram construídos. Este tema é ilustrado na Figura 5.

Figura 5. Tema Sentimentos da família.

Por vezes, os familiares relataram que descobrir ou ver o familiar usando drogas era muito **triste**, uma situação marcada pelo sofrimento. Olívia descreveu o quadro de uso de drogas do filho aos prantos, disse que era muito triste vê-lo nessa situação. Ela achou que o filho se esforça para interromper o uso de drogas, mas o desejo de usar acaba sendo mais intenso que o esforço dele. Segundo a participante, o filho foi internado involuntariamente inúmeras vezes, pois após a alta ele sempre retoma o uso de drogas. Olívia relatou que a família tenta cuidar do filho após a alta, mas ele volta a usar drogas e a família não consegue dormir, levando a solicitação de nova internação forçada. Na fala de Olívia foi possível perceber o cansaço da

família diante desse ciclo, o que levou a família a decidir pela não retirada da medicação psiquiátrica durante a internação.

E como é pra você ver que ele tem feito tratamentos e continua usando, tem essas recaídas, como você vê isso? (Pesquisadora)

Então, é muito triste, né. (Começa a chorar) porque é muito difícil porque assim ele se esforça, mas não tá conseguindo é mais forte que ele. Então, assim é muitos anos de internação. Pra mim a internação não resolve, no caso dele não tá resolvendo. No caso dele já foi todas as internações são involuntárias porque ele não aceita ir. E aí a gente tenta ficar com ele aqui fora mais não consegue porque chega um período que ele tá correndo risco e ele também porque nós não conseguimos viver também a gente trabalha o dia inteiro e a noite não dorme também. Então, tem correr com internação tanto que essas últimas internações a gente pediu pra tá usando medicação porque, geralmente, eles usam medicação no começo quando leva depois eles já tiram a medicação. (Olívia)

Beatriz falou sobre seu sentimento de tristeza por ver que a filha estava usando drogas, já que a filha tinha sido muito desejada e que ela e o marido haviam se dedicado em fazer tudo por ela. Com muita culpa, ela se questionou se havia feito tudo o que era possível ou se havia cometido algum erro. Ela disse que não esperavam que a filha usasse drogas pois fizeram tudo por ela e afirmou que ela teve acesso a diferentes atividades e tratamentos com psiquiatra e psicólogos. Além disso, Beatriz contou que ficou muito triste porque nunca teve um caso de uso de drogas problemático na família para que a filha fosse influenciada a usar drogas.

E qual foi sua reação, então, quando você descobriu que realmente tinha um uso de alguma coisa de substância aí.... (Pesquisadora)

Muito triste. Uma tristeza imensa. Minha e do meu marido. Porque nós não pudemos ter filhos, e tudo nós fizemos pra ela [filha]. No sentido assim, dos nossos sonhos né, e a... A primeira coisa que você sente além da tristeza é a culpa, onde eu errei. Meu Deus, onde eu errei. Que que foi que eu fiz, será que eu não falei. A gente repassa uma vida inteira, será que eu não falei? Mas eu cansei de falar. Foi, foi pra psiquiatra, foi pra psicólogo, foi pra isso, foi pra aquilo, foi pra isso, a gente tentou dar tudo né, a primeira coisa é culpa. A segunda é triste, você fica sem chão, principalmente, porque se tivesse alguém na família, a ó, aquele fulano na família ele usou, mas melhorou, entrou, fez alguma coisa, certo? nós tínhamos um, um exemplo já. (Beatriz)

Na fala de Inês observa-se que ela ficou triste e muito preocupada sobre o fato do filho consumir bebidas alcoólicas. Ela relatou que sempre que via o filho ficava apreensiva se ele tinha bebido ou não e disse também que se ele agisse de forma diferente ela ficava apavorada só de pensar que ele podia ter bebido. Nesse trecho abaixo, é possível ver que os pensamentos de Inês bem como, as conversas entre ela e o filho estavam centralizados na questão do uso ou não uso de álcool.

Mas como a senhora vê, pra senhora, né? (Pesquisadora)

Eu? (Inês)

É. (Pesquisadora)

Se eu fico triste, essas coisas? Eu fico! Fico preocupada! Quando ele chega lá em casa eu já fico assim: “ai, será que ele tá bem”? Aí minha filha: “ai mãe, eu vi meu irmão.”. “Ai como que ele tá?”, cê entendeu? Se ele vem e ele para eu já fico meia apavorada. Aí eu fico triste quando ele chega assim né, que eu percebo se ele bebeu. Às vezes eu... um dia antes ele vai lá... aí eu falo: “ai, cê parou? Ai, cê tá bem?” “Não, tô bem!” No outro dia ele chega lá e eu já percebo que ele bebeu aí pronto. (Inês)

Marcela relatou seu desejo de que o filho tenha uma vida digna e para isto não bastaria que ele trabalhasse e continuasse usando drogas, seria preciso alcançar a abstinência à medida que nenhum usuário é capaz de manter sua dignidade concomitante com o uso de drogas. Ela relatou que as pessoas vão fazer qualquer coisa para obter a droga e ver seu filho nesta posição lhe causava muita tristeza.

Tomar um rumo seria isto: trabalhar... (Pesquisadora)

Ter uma vida digna, porque usuário não tem dignidade nenhuma. Eles se prestam a cada papel por um pouquinho de droga, que a pessoa perde a dignidade. É muito triste ver um filho sendo manipulado por uma substância, ver que ele está se perdendo, vendo que não tem êxito em nada. (Marcela)

Na fala de Marcela é possível perceber a hegemonia do discurso moral sobre o uso de drogas que posiciona a pessoa que usa drogas como desprovida de dignidade. Este discurso intensifica sentimentos em relação ao problema e a busca de abstinência como solução para o problema a partir de internações ainda que contra a vontade da pessoa. O discurso moral encontra-se naturalizado na sociedade brasileira consoante alinhamento histórico do Brasil ao modelo proibicionista que se baseia no tripé – repressão, prevenção e tratamento – e se materializa pela demonização das drogas e seu respectivo combate, punição dos usuários de drogas constituído sobre discurso patológico e desmoralizante do usuário de drogas e criminalização dos traficantes (Teixeira, 2012). Discurso que historicamente influenciou a construção das políticas públicas no que diz respeito ao tratamento das pessoas que fazem uso problemático de drogas no Brasil, seguindo uma lógica de internações. Como demonstrado em capítulos anteriores, entre 1970 e 1990, as comunidades terapêuticas se multiplicaram diante da lacuna existente na atenção aos usuários de drogas nas políticas públicas de saúde (Alves, 2009).

Estes sentimentos localizados no tempo vivido também ajudaram as famílias a construir o uso de drogas como um problema e as internações forçadas como necessárias. Influenciados pelo discurso da abstinência e pelo discurso moral os familiares vão confrontar a pessoa que

usa drogas, impondo o abandono do uso de drogas. Considerando que os familiares estão imersos em uma sociedade guiada por tais discursos hegemônicos, suas interações sociais passam a estar centralizadas em torno do uso de drogas como um problema e da necessidade do seu abandono, gerando muitos conflitos e sobrecarga dos familiares. Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014) realizaram pesquisa com 435 cuidadores de pessoas atendidas pelo CAPS e quando avaliaram a sobrecarga dos cuidadores em relação ao tipo de psicopatologia, encontraram que os cuidadores de usuários de drogas foram os que apresentaram as maiores taxas de sobrecarga. Outros estudos também encontraram a presença de sentimento de dor e culpa entre familiares de usuários de drogas (Araujo, 2012; Awad & Voruganti, 2008; Carvalho, Oliveira & Martins, 2014; Braun, Dellazzana-Zanon & Halpern, 2014; S. B. Rocha, 2015; Paula et al. 2014). Conforme pesquisa realizada por Santos e Martin (2009), cuidadoras de pacientes usuários de álcool atendidos em serviços de saúde mental também relataram sentimento de tristeza.

Uma multiplicidade de sentimentos entre familiares de usuários de drogas foi observada por Silva, Noto e Formigoni (2007) ao compararem o impacto do falecimento de um familiar devido à overdose entre famílias que conheciam o uso de substância pelo parente e famílias que não tinham esse conhecimento. Os autores notaram que entre as primeiras famílias existiam sentimentos de dor, alívio e de fracasso por não terem ajudado o usuário. E entre os últimos estavam presentes sentimentos como raiva, culpa, desamparo e vergonha.

Frustração também foi um sentimento que acompanhou as famílias. Na fala de Marcela percebe-se que a frustração surgiu porque a família também não percebeu antes que o parente estava usando drogas. “(...) Ele entrou em casa com umas desculpinhas esfarrapada. Porque aí depois você vai percebendo, né, que a gente fez papel de otária. Isso também nos frustra porque você fala assim: ‘Meu Deus, como que eu num enxerguei?’”.

Deise disse também não esperar que o filho estivesse usando drogas, confiava muito nele por isso quando confirmou que ele estava usando ficou atordoada. Ela contou que descobrir que o filho estava usando drogas foi motivo de surpresa e de decepção, abalando profundamente a confiança que tinha em seu filho.

*Qual foi sua reação quando você descobriu que seu filho estava envolvido com alguma droga?
(Pesquisadora)*

Foi um choque muito grande, por que? Porque o meu filho eu sempre tive muita confiança nele, como ele não bebe, ele não usa bebida, nenhum tipo de bebida alcoólica. Então, pra mim foi uma surpresa, eu não esperava isso dele. Quando ele começou a mudar que aí a gente começou tudo, que eu comecei a desconfiar, aí eu levei ele pra fazer o exame. No dia do aniversário dele eu fui buscar o exame, comprovou que ele era dependente químico, foi uma surpresa muito

grande. Foi um choque! uma decepção! Só que aí ele não queria aceitar internação, num queria aceitar ajuda, não queria nada. (Deise)

A literatura tem demonstrado que o uso de drogas gera impactos tanto para os usuários de drogas quanto para os seus familiares. Tem sido relatado pela literatura que os familiares vivenciam sentimentos como raiva e revolta perante o uso de drogas feito por um parente (Carvalho et al., 2014; Lima, Amazonas & Motta, 2007; Marcon, Rubira, Espinosa, Belasco, & Barbosa, 2012; E. Silva et al., 2007).

O estigma em relação às drogas afeta usuários e suas famílias. Isto fica claro a partir do relato de Vânia que sentiu **vergonha** por ter um familiar que usava drogas. Ela disse que tinha vergonha do que as pessoas poderiam pensar ou falar e acredita que seus irmãos também tinham vergonha. Vânia contou que hoje o irmão está a anos abstinente e coordena um grupo de autoajuda para pessoas que usam ou usaram drogas e demonstrou orgulho em falar sobre a trajetória do irmão.

Com certeza. A gente morria de vergonha de alguém falar “olha o irmão dela é usuário de drogas”. Hoje não, hoje eu falo, no entanto que se alguém vem falar eu já falo do problema que a gente teve dentro de casa. Hoje eu falo que pra mim é super normal, eu tenho maior orgulho de falar de como ele ficou e do que ele é hoje. Hoje eu num... mas na época a gente tinha sim, receio do que os outros iam pensar, do que os outros iam falar, eu tinha, eu falo por mim, mas meus irmãos tinham também. (Vânia)

Algo que também foi observado em outros estudos é o sentimento de vergonha relatado por familiares e cuidadores de usuários de drogas (Awad & Voruganti, 2008; Braun et al. 2014; Marcon et al., 2012; Paula et al. 2014; S. B. Rocha, 2015; Santos & Martin, 2009; E. Silva et al., 2007). Segundo Carvalho et al. (2014) mães de usuários de crack relataram medo de sofrer discriminação social devido a condição do filho. Em estudo qualitativo realizado com 17 familiares de usuários de substâncias psicoativas atendidas em grupo de apoio dentro de serviço de saúde mental em Minas Gerais, Araujo (2012) observou que algumas famílias preferiam tratar da questão de uso drogas de forma mais restrita possível aos familiares que residiam na mesma casa, evitando que os familiares extensos ficassem sabendo do problema.

Segundo Ventura et al. (2009) familiares e amigos de usuários de drogas relataram que só contam que tem um familiar usuário após conhecer bem a pessoa (87%). Grande parte destes preferem não contar esse fato (57%) e acham que é melhor mantê-lo em segredo (55%), recebendo também recomendações para não contá-lo (43%). Nesse mesmo sentido, em pesquisa realizada em sete países latino americanos observou-se que mais da metade dos participantes, familiares e amigos de usuários de drogas, disseram já ter sofrido discriminação

por ter um parente e amigo que usa drogas. E destes, 50,4% afirmaram que acham melhor manter este fato em segredo (J. Silva et al. 2009).

As tentativas de esconder ou evitar revelar que seu familiar usa drogas observadas entre os participantes deste estudo pode ser uma tentativa de proteger o usuário e a família do estigma em torno do uso de drogas. Aspectos que podem ser observados no relato de Inês ao contar que a esposa do filho tinha vergonha de participar do grupo AE ainda que o grupo tenha como princípio básico e mais importante a manutenção do sigilo. Inês pareceu entender que para a nora o problema do marido seria causado pela família de origem e neste caso a nora acreditava que não teria responsabilidade de participar do processo de tratamento do filho de Inês. Para Inês, a nora percebia que era a família do marido que precisava participar das reuniões do AE para correção de possíveis falhas.

E ela não quis participar do grupo aqui no Amor Exigente. (Pesquisadora)
Não! Ela veio duas vezes, também. Ela falou que agora vai voltar. Porque também, ela acha que é vergonha, entendeu? Vem aqui, tem pessoas conhecidas. Mas igual eu falo: ninguém pode comentar. Num tô te falando que ela fala que na família dela não tem nada disso, tipo: “Ah, vocês foi criado dum jeito diferente”. Então pra ela é feio, é vergonha a gente chegar até aqui. Ela não tem problema, ela num tem defeito. Ele é meu filho, têm, então eu tenho que vim, ele... minha filha, ela não! (Inês)

Sentimentos de culpa e vergonha dos familiares também estão relacionados à forma como a família do usuário de drogas é vista pela sociedade. Muitas vezes, a família é posicionada como culpada pelo uso de drogas do familiar e como desprovida de estrutura familiar adequada. Inclusive entre profissionais de serviços de saúde que atendem usuários de drogas que consideraram que um dos principais fatores que contribuiu para o uso de drogas foram problemas presentes na família que afetam diretamente a personalidade dos seus membros (Schneider, 2010). Segundo a autora, descrições psicopatologizantes como problema de autoestima dos pais, autoridade paterna, divórcio dos pais, hábitos e histórico de consumo problemático de drogas foram enfatizados pelos profissionais como causas do desenvolvimento do problema no futuro. Dessa forma, as internações mesmo que involuntárias e compulsórias se apresentam como melhor forma de tratamento porque retira a pessoa do convívio com a família considerada inadequada.

Para muitos familiares, o processo de tratamento da pessoa que usa drogas é cercado por inúmeras angústias. A começar pelo **medo** que os familiares vivenciam diante da possibilidade de recaída e que os acompanha ao longo da vida. Foi o que relatou Deise, ela preferia não pensar sobre como seria a vida do filho após a alta da internação involuntária. Ela

disse que sempre teve muito medo do que poderia acontecer e medo dele usar drogas novamente. Para Deise, o medo, incerteza e insegurança do que pode acontecer após a alta seria algo comum na vida de muitas mães de usuários de drogas e é para a vida toda. Ela contou também que perdeu a confiança no filho desde que descobriu que ele usava drogas e isso contribuiu para o crescimento desse medo

Como você pensava que seria quando ele saísse da internação involuntária? (Pesquisadora)
Eu nunca pensei, mas eu sempre tive medo. Mas eu tinha mais medo do que, assim como que eu vou te explicar, sabe quando você não tem muita expectativa você tem medo do que vai acontecer. Então, eu tô assim, eu tô sempre esperando alguma coisa. Eu sou sincera em te falar. Eu não confio nele ainda. É uma coisa que eu não tenho uma coisa pra esperar porque eu não sei o que vai acontecer. Eu tenho muito medo. Eu não sei te explicar. Eu não sei nem como responder esta pergunta. (Deise)

Acho que você respondeu, né. Esse medo... (Pesquisadora)
É um medo. Eu acho que a maioria das mães que tem filho assim tem um medo. É um medo que eu acho que não passa. Um medo que não passa porque você tem sempre esse medo. As vezes conversa com uma pessoa diferente você se preocupa. Se vai sair, demorou um pouquinho, se você liga e não atende o telefone você já fica. Então, é sempre um medo, sempre medo. Eu acho que isso vai ser pro resto da vida um medo. Uma incerteza, uma insegurança. (Deise)

Olívia também descreveu o medo diante da possibilidade do filho usar drogas novamente após a alta da internação involuntária. Ela disse ficar em pânico quando o filho fala que vai sair de casa porque tem medo que ele use drogas novamente. Ela reconheceu que o filho e a família tentam continuar a vida e contribuir para que o filho que é deficiente auditivo tenha mais autonomia. Mas ela entendeu que seria mais difícil para o filho ser independente devido a deficiência auditiva e com o uso de drogas essa dificuldade só aumentou.

Como que é pra você, como que você se sente quando ele fala “mãe vou sair”? (Pesquisadora)
Nossa! Você fica assim em pânico, mas eu tenho que tentar. Todas às vezes a gente tenta e eu penso assim que ele também tenta. Porque eu falo eu quero ele aqui fora bem e caminhando também sem eu esteja do lado dele também. Porque já é difícil você, não é fácil pra ele ser deficiente auditivo que tem certas coisas que eles conseguem fazer sozinhos, mas certas coisas tem que pedir ajuda e aí depois veio a dependência química. E essa idade que nem a psicóloga falou que também é muito difícil aceitar -eu não posso isso, eu não posso aquilo-, mas a gente tem mostrar caminhos pra ele “olha, você não pode isso meu filho, mas você isso, isso e isso”. Porque você não pode chegar pra ele “você não pode isso”. (Olívia)

O medo de que a pessoa volte a usar drogas que irá acompanhar os familiares por toda vida vai sendo construído a medida que o uso de drogas é construído como doença progressiva e incurável, entendimento hegemônico altamente difundido em nossa sociedade que também é compartilhado nas salas de NA, AA e AE. O ato de usar drogas uma vez seria suficiente para progredir para um quadro de uso compulsivo, ou seja, descobrir que a pessoa usa drogas pode

ser descrito como sinônimo de dependência. Por sua vez a dependência é descrita como doença incurável, exigindo esforço contínuo para manter abstinência. A noção de uso de drogas como doença incurável e progressiva é uma narrativa que pode posicionar familiares e usuários como pessoas impotentes diante do problema, desvalorizando ações que não envolvam combate às drogas e abstinência. Uma das implicações do medo a respeito do possível retorno ao comportamento de uso de drogas seria a construção das internações involuntárias e compulsórias pela família como única forma de garantir abstinência. Mesmo sem usar a droga a pessoa continua sendo posicionada e se vendo como doente o que implica no eterno controle dos desejos e impulsos (Pereira, 2008). Outras implicações observadas foram a culpabilização e vitimização do usuário e o fortalecimento de práticas clínicas baseadas na abstinência em espaços de tratamento de saúde para pessoas que usam drogas à medida que os profissionais do serviço descreveram o uso de drogas como doença incurável, determinada por fatores orgânicos, neuroquímicos ou genéticos (Schneider, 2010).

Algo recorrente nas entrevistas com os familiares foi o **desespero** ao descobrir sobre o uso de drogas. Vânia ao discorrer sobre os sentimentos da família, relatou a imersão da família no verdadeiro desespero somado ao fato de não saber o que fazer quando descobriu que o irmão usava drogas.

Era bem frequente assim, todos os dias ele deveria... bom depois ele comentou que ele usava todos os dias. Porque tava bem constante mesmo. (Vânia)

Qual que foi a reação quando vocês descobriram isso? (Pesquisadora)

Desespero, muito desespero. Nossa! Minha mãe, principalmente, ficou desesperada quando a gente descobriu. Não sabia o que fazer, né! Porque você acha que vai acontecer com todo mundo menos com você, você acha que com você nunca vai acontecer. (Vânia)

Augusto falou sobre o desespero que viveu ao descobrir o uso de drogas pelo seu filho. Ele achava que isso nunca iria ocorrer dentro da sua família e se viu completamente vulnerável e exposto diante da sociedade.

Qual foi sua reação quando você viu que o filho de vocês usava droga? (Pesquisadora)

Inicialmente, a minha reação foi estarrecedora, certo. Especialmente porque a gente acredita que outros são passíveis disso não os nossos entes queridos. Praticamente é isso aí, não tem de onde sair. A gente fica desesperado, o mundo cai, quer dizer há um total envolvimento da gente e você fica nu diante do mundo. Praticamente é isso. (Augusto)

Em estudo qualitativo com sete mães de usuários de crack, Carvalho et al. (2014) relataram que essas mães demonstravam preocupação com os filhos e desespero diante do uso de drogas. Ao se deparar com o problema de uso de drogas os participantes deste estudo

relatarem ter tomado decisões precipitadas e imediatas, sem ter espaço de reflexão sobre as implicações de suas decisões. Assim, as solicitações de internações involuntárias e compulsórias foram construídas como forma de cuidar e proteger o usuário de drogas diante do desespero dos familiares entrevistados em tentar ajudar o usuário de drogas. Ao invés de culpabilizar mais uma vez as famílias por tomarem decisões sem reflexão poderíamos entender estas solicitações como um pedido de ajuda. Como Fábria havia falado antes da sua entrevista, atualmente existem poucos profissionais de saúde que se interessam em cuidar de pessoas que tenham problemas com álcool ou drogas.

Em muitos casos, os familiares demonstraram **desesperança** diante do problema. Marta descreveu que não sabia como lidar com o fato do filho sempre retomar o uso de drogas mesmo após algumas internações e tratamentos com profissionais liberais de saúde. *“Ah, eu não sei mais como lidar como lidar com isso, realmente não sei, não sei.”*

Para Vânia quando a família descobriu que o irmão usava drogas eles não sabiam o que fazer, acharam que com tempo a situação poderia se resolver sem nenhuma intervenção. Ela relatou que após o irmão ter saído da internação involuntária a família ficou sem reação por um longo tempo. Com o irmão roubando as coisas de casa ela decidiu conversar com ele e propor uma nova internação, mas desta vez voluntária, se ele quisesse continuar morando com a família. Segundo Vânia, eles estavam preocupados porque ele poderia morrer ou ser preso.

Assim que a gente descobriu, não sei te explicar como é que a gente fica porque a gente fica meio perdido, então, eu não sei se você fica assim “não, vai parar”. Então, você fica um tempo lutando com aquilo achando que o problema vai ser resolvido sem precisar, entendeu. Mas falar quanto tempo, mas foi depois de um tempo, não foi assim que a gente descobriu não. Ainda sofremos muito assim com ele um tempo dele roubando as coisas em casa, então, você via que ele tava ficando. E eu me lembro que quando eu cheguei pra ele e falei assim, que foi até a vez que ele internou, “você vai porque você quer ou você vai sair de casa” porque eu falei “porque senão você vai morrer ou vai ser preso”. Graças à Deus ele nunca chegou a preso, nunca aconteceu nada (...) (Vânia)

Esse não saber o que fazer acompanhou as famílias no processo de solicitação de novas internações involuntárias e compulsórias e foi construindo um quadro de desesperança. A fala de Marta chamou muita a atenção porque ela demonstrou desesperança por não saber que tipo de tratamento poderia funcionar para tratar alguém que usa drogas de forma abusiva. Ela reconheceu que a internação involuntária não seria a solução, mas se questionou sobre a existência de outro tratamento que solucione a questão.

Eu não sei, eu não sei que tipo de tratamento funciona, não sei, gostaria que alguém me desse uma luz sobre isso porque internar pelo menos por 2 vezes não me parece que foi a solução,

não foi. Que outra coisa você tem? Agora ele saiu da internação ele está em acompanhamento com psicólogo/terapeuta. Diz que ia no NA, hoje ia, mas disse que não achava um dinheiro que tinha guardado num sei aonde, sabe essas coisas assim? Hoje já não foi. Então, eu não sei que tipo de coisa, realmente, eu não sei. (Marta)

Resultado semelhante tem sido encontrado em pesquisas com cônjuges de dependentes de álcool que relataram não perceber outras formas de tratamento que auxiliem na recuperação do marido (R. A. Lima et al., 2007). Percepção que pode contribuir significativamente para o adoecimento dessas mulheres. Outros autores apontaram que é comum entre familiares de usuários de drogas problemas emocionais, sentimentos como medo e inseguranças no que se refere ao prognóstico e tratamento do usuário (Maruiti, Galdeano & Farah, 2008) e frustração em relação ao tratamento do dependente (Medeiros, Maciel, Sousa, Tenório-Souza & Dias, 2013). R. A. Lima et al. (2007) afirmaram que as recorrentes frustrações frente as recaídas são um dos fatores que podem levar as esposas cuidadoras de usuários de álcool ao adoecimento. Para Santos e Martin (2009) a qualidade de vida interfere no adoecimento dos cuidadores e no enfraquecimento das suas estratégias de enfrentamento diante das recaídas e da desesperança.

Sem saber o que fazer as famílias entenderam que o melhor que podiam fazer era buscar as internações involuntárias e compulsórias e a ajuda de profissionais especialistas no campo de abuso de álcool e outras drogas para cuidar dos seus filhos. Em tese, dentro das clínicas os seus filhos e filhas estariam recebendo cuidados durante 24 horas e isso ajudaria a construir as internações forçadas como proteção, cuidado e educação do usuário de drogas. No entanto, e se os familiares entendessem que eles são os verdadeiros *experts* (especialistas) em relação ao seu familiar porque eles que convivem diariamente com a pessoa que usa drogas. A valorização dos recursos da família e do usuário no processo de cuidado pode gerar transformações e novos entendimentos sobre como eles coordenam suas ações juntos. Por exemplo, eles poderiam construir juntos um espaço de escuta generosa onde familiares e usuários se sintam ouvidos e respeitados. A escuta generosa não quer dizer que um dos participantes da relação tenha que abandonar suas crenças, mas que cada um possa respeitar as crenças do outro. Isso vai permitir que eles avancem na construção de uma relação colaborativa na qual todos em parte responsáveis pela sua construção.

Vale lembrar que a cultura Ocidental, onde a tradição individualista é tomada como verdade, comportamentos inadequados ou inapropriados são vistos como falha do indivíduo, situação que pode gerar os sentimentos relatados pelos familiares. Ou seja, nesse contexto individualista ações como uso de drogas são naturalizadas, por diferentes instituições da nossa sociedade, como uma falha individual do usuário, bem como das famílias que relataram se sentir

muito triste, frustrada, culpada, com medo, envergonhada, desesperada, preocupada e desesperançosa. Gergen (2000) discutiu a centralidade do *self* nos últimos dois séculos. O século XIX foi marcado pelo crescimento da burguesia e, com ela, a visão romântica sobre a pessoa que valorizava o individualismo, liberdade e emoções. Essas ideias contrastavam com a busca da objetividade defendida pela aristocracia. Enquanto que no século XX passou a predominar uma visão moderna do *self*, a qual enfatizava a capacidade intelectual da pessoa para resolver problemas, elaborar pensamentos e expressar opiniões. Tais ideias influenciaram a construção de teorias psicológicas, principalmente no campo da psicologia clínica.

Desde a primeira infância as crianças aprendem a se descrever como separadas do outro por meio das interações sociais. Inicialmente, aprendemos a interagir a partir de uma linguagem egocêntrica “eu” / “meu” e depois aprendemos a nos diferenciar do outro. Se alguém lhe pede para falar de você, você pode falar do seu trabalho, do seu casamento, da sua casa, da sua família, dos seus amigos, ou seja, seu mundo é formado por seres fundamentalmente separados do eu autocontido. Gergen (2009a) define seres delimitados como seres separados do mundo e dos outros. Assim, nosso mundo interior contém nossas emoções, pensamentos, motivações, emoções e está indisponível aos outros.

De acordo com Murray (1993), alguns filósofos construíram as bases para a cultura Ocidental, tais como Descartes que introduziu o dualismo entre corpo e mente, Kant que falou sobre as categorias universais da mente que são responsáveis por processar o conhecimento, e Platão que apresentou a alma uniforme e imutável. Todas essas ideias influenciaram o entendimento sobre o *self* adotado por muitas teorias psicológicas. A ideia mais frequente de *self* em Psicologia se refere a totalidade do indivíduo, ou seja, uma entidade autônoma e independente (Oliveira, 2006). Consequentemente, existe uma relação muito próxima entre os processos internos na organização da mente, sustentada pela Psicologia, e como as pessoas fazem uso de descrições que identificam características pessoais, formas de ser, traços de personalidade, etc. No caso hipotético de uma pessoa que faz uso problemático de drogas, alguém poderia dizer que ela usa drogas porque tem uma personalidade ou essência “adicta”. Uma vez que o problema está localizado dentro da pessoa, o tratamento é apontado como responsabilidade do indivíduo. De fato, esse conceito de *self* tem se tornado tão natural em nosso cotidiano que parece difícil questionar a ideia essencialista em torno do indivíduo.

Nós tomamos como verdade que cada um de nós tem seu mundo interior onde estão localizadas nossas emoções, desejos, motivações, memórias, etc. Assim, não é possível saber o que está acontecendo no mundo interior do outro porque este mundo está fora do alcance da nossa visão. As características essenciais de uma pessoa estão dentro do seu mundo particular.

Então, mesmo quando estamos juntos com as pessoas que temos mais intimidade elas não podem ter certeza sobre o que passa no nosso mundo particular e vice-versa. Permanecemos sozinhos, cada um no seu mundo. Os sentimentos relatados pelos familiares parecem naturalizados nesse contexto individualista, por exemplo, os relatos do sentimento de medo a respeito da possibilidade do usuário de drogas retomar o uso estariam relacionados a incerteza do que se acontece no mundo privado, ou seja, na mente do usuário de drogas. O sentimento de medo ajudou a construir as interações forçadas como forma de proteção, cuidado, educação e abstinência para os usuários de drogas e alívio para os familiares que ficam sobrecarregados diante de tantos sentimentos.

Dentro da visão individualista, nós somos livres para fazer escolhas, mas nós estamos sob constante avaliação. Se nós controlamos nossas ações, como as pessoas descreveriam nossas falhas? As pessoas vão encontrar a resposta para essas falhas dentro do indivíduo que apresentou tal conduta inadequada. No caso do uso problemático de drogas, as pessoas podem dizer que isto foi causado por características da personalidade dos usuários como baixa autoestima ou baixa tolerância à frustração bem como, cuidado parental inadequado, conflitos familiares ou história de pais que usam drogas. Segundo Gergen (2009a), para a perspectiva individualista o que importa é o quanto o indivíduo é bom, bem sucedido e adequado. Mas para que existam histórias de sucesso é preciso que outros sejam avaliados como menos bons. Cada interação social nos aponta algum aspecto no qual nós estamos inadequados. Pode ser que numa conversa com outros pais do AE os familiares entrevistados tenham ouvido que o uso problemático de drogas do filho estava relacionado ao estilo de educação flexível que eles adotaram. Em conversas com amigos dos filhos, os familiares podem ter ouvido que eles eram rígidos demais. Em conversas com profissionais da saúde, eles podem ter ouvido que eram superprotetores. Essas conversas contribuem muito para a culpabilização da família e podem gerar sentimentos como aqueles que foram relatados pelos familiares entrevistados, auxiliando na construção das interações forçadas como a melhor e única possibilidade de intervenção naquele momento.

Especialmente, os grupos de AE pareceram ser construídos pelos familiares como único espaço de acolhimento dos sentimentos vividos por eles e de troca de experiências com outras famílias que vivem o mesmo problema. Ao mesmo tempo, em que para eles os serviços de saúde como o CAPS e CAPSad foram construídos como espaços que não poderiam ajudar os usuários de drogas e seus familiares que estão sobrecarregados diante do problema. Entretanto, nos grupos do AE uma narrativa de família vai sendo construída, família vista como principal recurso para promover mudanças na essência “adicta” do usuário mas também como fonte de

relações que desencadeia o surgimento do uso de drogas, por ser uma família superprotetora, facilmente manipulada, codependente. Segundo R. V. Melo (2016), nas salas de mútua ajuda para familiares, frequentadas principalmente por mães, a abordagem do problema baseia-se nas falhas biológicas, espirituais e morais do usuário, posicionando a família como último recurso capaz de transformá-lo. Segundo a autora, nos grupos de mútua ajuda é enfatizado o papel da mulher de cuidar do outro, considerando que quando ela é superprotetora isso contribui para o desenvolvimento do uso abusivo de drogas do parente, mas é devido a centralidade da figura feminina no cuidado do outro que ela é vista como maior recurso transformador na vida do usuário de drogas. A predominância da participação de mães nos grupos de mútua ajuda e a vaga referência aos pais durante as entrevistas também foram observadas no presente estudo. De acordo com Calábria (2007), nos grupos a família poderia aprender a aceitar aquilo que não está sobre seu controle, ou seja, não caberia à família interferir naquilo que está além dos limites de sua autoridade. Outro passo ressaltado pelos grupos seria o desligamento amoroso que corresponde ao distanciamento moderado entre familiar e usuário e o resgate da preocupação do familiar consigo mesmo que ficou inadequada à medida que desenvolveu a codependência.

Por meio do discurso individualista nós somos convidados a que tipos de ações? Considerando a família como disfuncional os familiares podem ser vistos como secundários no tratamento do usuário, sendo responsável por fornecer informações e pelas visitas durante as internações prolongadas do usuário de drogas e nos serviços extra-hospitalares. Considerando o usuário como alguém manipulado pelas drogas faz-se um convite à construção das internações compulsórias e involuntárias como forma de cuidar de alguém sem controle sobre o uso de drogas. Ambas narrativas parecem desvalorizar os recursos dos usuários e de suas famílias no enfrentamento desse problema, limitando outras possibilidades criativas.

O uso de drogas também foi visto pelos familiares entrevistados como algo que tem causado a destruição das famílias, de tal forma que o comportamento de usar drogas acabou gerando vários conflitos que contribuíram para a sobrecarga dos familiares. Como apontado por Ana: *“Ah porque hoje é a destruição da família é as drogas, né, a bebida. E hoje a gente só vê tudo que acontece tá sempre a droga no meio ou tá sempre o álcool no meio.”* De forma semelhante, Medeiros et al. (2013) observaram em pesquisa qualitativa realizada com famílias que possuíam algum parente usuário de drogas que os entrevistados também consideraram o uso de drogas como causador dos conflitos e desavenças familiares. Segundo Loyola, Brands, Adlaf, Giesbrecht, Simich e Wright (2009) 100 % dos familiares e amigos de usuários de drogas entrevistados no Rio de Janeiro acreditavam que o uso de drogas causa desorganização familiar. As próprias pessoas que usam drogas perceberam que as pessoas com as quais convivem os

veem como pessoas de mau caráter e não confiáveis e que o uso de drogas causaria a destruição de relações sociais importantes como as familiares (Melo & Maciel, 2016).

Considerando que os familiares estão inseridos dentro de um sociedade na qual o discurso individualista sobre a pessoa, discurso moral, discurso jurídico/criminal e discurso biomédico sobre o uso de drogas são hegemônicos, eles poderiam adotar uma postura de confronto sobre este consumo, gerando vários conflitos. De acordo Gergen (2015), a partir da coordenação das nossas ações conjuntas nós construímos um mundo de sentidos confiáveis, um senso de identidade pessoal, um entendimento sobre o que é certo ou errado e objetivos de vida. Dentro da perspectiva construcionista social, para cada mundo desejável que criamos juntos nós criamos, simultaneamente, um mundo menos desejável. Assim, considerando o modelo proibicionista e foco na abstinência, a sobriedade seria extremamente valorizada e consequentemente o uso de drogas seria avaliado de forma negativa.

Se o sentido das coisas não está dentro da cabeça das pessoas, mas é na resposta do outro que minhas palavras ganham sentido. Se a família entra numa conversa com o usuário posicionando o uso de drogas como errado, uma resposta provável da pessoa seria contra argumentar tentando provar que a família possui a opinião errada o que pode gerar um novo argumento dos familiares tentando provar que o usuário tem a opinião errada e assim por diante. Aos poucos a coordenação desse tipo de conversa vai se tornando um padrão e outras respostas se tornam menos prováveis como pedir desculpas, aceitar responsabilidade parcial, entender que culpar alguém não é garantia de solução para o problema, perguntar se eles podem ter um outro tipo de conversa, etc.

Como família e usuário de drogas poderiam entrar em diálogo e construir realidades juntos? Gergen (2015) sugere um diálogo transformativo a partir do qual os envolvidos percebam que juntos eles estão criando a realidade na qual eles vivem. Conscientes das realidades que constroem juntos, familiares e usuários poderiam se engajar em uma conversa curiosa sobre o sofrimento vivido por ambos. Eles poderiam ir além da questão do uso de drogas e olhar para as pessoas que estão nas relações. Isso não quer dizer que o uso de drogas não cause problemas, mas esta postura lhes convida a olhar para as necessidades do usuário enquanto pessoa. A escuta mútua pode ajudar a resgatar alguns momentos em que o filho pode ser descrito como bom, responsável e que ama sua família. Esse reconhecimento de que filho apesar do uso de drogas continua sendo um filho carinhoso convidaria os familiares a romper com a visão polarizada do usuário de drogas enquanto pessoa essencialmente má e irresponsável. Por exemplo, uma das familiares, Júlia, contou que o filho havia retomado o uso de drogas depois de alguns meses sóbrio, mas cuidou da mãe enquanto ela se recuperava devido

à fratura do pé. Esta postura pode ajudar familiares e usuários a construir juntos novas possibilidades ao contrário de uma única solução como a internação involuntária e compulsória. Entretanto, foi possível perceber a partir das entrevistas que os familiares não encontraram espaços, principalmente, dentre os serviços públicos de saúde capazes de acolher a infinidade sentimentos e sofrimento vividos por eles, existindo uma carência de serviços que auxiliem familiares e usuários a explorar outras possibilidades.

Este tema demonstrou o quanto os familiares de usuários de drogas encontram-se desgastados diante do problema, relatando viver sentimentos como tristeza, frustração, culpa e desespero, medo, vergonha do julgamento feito pela sociedade e desesperança. Tais sentimentos influenciaram os familiares na construção das internações involuntárias e compulsórias como única possibilidade de cuidar, proteger, educar, alcançar abstinência para o usuário e alívio para os familiares.

TENTATIVAS DE AJUDAR O FAMILIAR

9.4 Tentativas de ajudar o familiar

O referido tema está relacionado às trajetórias dos familiares na tentativa de ajudar o familiar usuário de drogas. Conhecer estas experiências nos ajuda a compreender como os sentidos sobre as internações involuntárias e compulsórias foram sendo construídos por eles. Na Figura 6 este tema é apresentado a partir de um mapa temático.

Figura 6. Tema Tentativas de ajudar o familiar.

Quando questionados sobre os tipos de **tratamento que a família buscou para ajudar o familiar**, os familiares disseram que o familiar chegou a fazer tratamentos individuais com psicólogos e psiquiatras antes da internação. No entanto, na maioria dos casos, o usuário abandonou os medicamentos e a psicoterapia.

Primeiro problema que aconteceu ele tinha 18 anos, tiro de guerra, ele estava usando a noite. E ele teria sido um dos introdutores ou um dos que fizeram propaganda, num fiquei sabendo bem. Foi o primeiro. Depois passou um tempo sem, aí nós procuramos psicólogo, um psicólogo, ele era muito bom, foi um psiquiatra que me indicou... Claro saiu antes de terminar o tratamento com cobertura do meu marido, meu marido é muito crédulo. Então, fica um pouco difícil estas questões, mas acabou saindo antes do término. (Marta)

Para Olívia, seu filho fez tratamentos com psicólogos e médicos por pouco tempo no período entre a alta e sua nova internação involuntária, mas sempre abandonou os tratamentos. O abandono dos tratamentos com profissionais da rede privada de saúde foi entendido por Olívia como negação do problema pelo filho. Ao mesmo tempo, ela falou do filho como se ele não tivesse voz, pois suas reivindicações, como o fato dos remédios causarem muito sono, parecem ser vistas como forma de negação do seu problema e resistência ao tratamento.

Ele chegou a fazer esses tratamentos? (Pesquisadora)

O pós-tratamento não, com a psicóloga já tentou sim, mas quando sai aqui começa a negação eles não querem ir em médico, nem tomar o remédio, remédio dá muito sono, já para de tomar o remédio, psicóloga também não quer ir. (Olívia)

Em alguns casos a família procurava atendimento com profissionais da rede de saúde privada, mas o familiar não comparecia. Como na fala de Ana que agendou várias consultas com o psicólogo, mas o filho nunca compareceu porque entendia que atendimentos com psicólogo era para pessoas que ele descrevia como “loucas”.

E quando vocês descobriram que ele já tava usando, quanto tempo vocês demoraram pra procurar algum tipo de tratamento? Que tipo de tratamento vocês procuraram?

(Pesquisadora)

Então, nós fazemos parte de um grupo evangélico, né, pedimos ajuda na comunidade que a gente congrega. Ele inclusive, na época, ele congregava, depois com tudo isso ele parou de estar com a gente também nesse grupo dessa comunidade. E nós pedimos ajuda, pedimos essa ajuda pro neuro dele, pro medico que é neuro dele, tentei marcar psicólogo, marquei por 5 vezes, ele não quis ir, ele dizia que ele não era louco, que psicólogo pra ele era só pra quem era louco e ele não era louco. (...) (Ana)

Desses tratamentos com psicólogo, antes da internação, ele não quis participar de nenhum?

(Pesquisadora)

Nenhum. (...) (Ana)

Fábia relatou que também tentou que o filho participasse de tratamentos alternativos à internação, marcando consultas com o psicólogo, mas o filho nunca compareceu. Ela disse que quando falava que ele precisava de ajuda, ele não se reconhecia nesta posição de alguém que tinha problemas decorrentes do uso de drogas.

Você conhecia algum outro tratamento? Que tipo de tratamento alternativo você tinha pensado na época? (Pesquisadora)

Sim. Psicólogo, psiquiatra, o CAPS, né, a gente já tinha o CAPS. (Fábia)

Na época você pensou nesses? (Pesquisadora)

Cheguei até a falar pra ele, peguei telefone, cheguei a marcar, mas ele num foi em nenhum. (Fábia)

Chegou a marcar no CAPS? (Pesquisadora)

Não no CAPS ele tinha que ir, passar pela triagem, mas cheguei a ligar pra psicólogos. Tentar porque eu não sabia o caminho certo. Então, eu tentei várias coisas, mas ele não aceitava nenhum tipo de ajuda. E se chamasse de ajuda porque ele falava que não precisava de ajuda que ele não tava doente e nem louco, era o termo que ele usava. (Fábia)

Chama atenção o fato de que seis familiares relataram que o usuário de drogas nunca tinha feito algum tipo de tratamento de saúde antes das internações. Deise explicou que, primeiramente, seu filho foi internado duas vezes voluntariamente e por último foi internado involuntariamente. Deise disse que seu filho passou por três internações sem nunca ter feito outro tipo de tratamento de saúde para o uso problemático de drogas.

Em algum momento você procurou tratamento... assim, que tipo de tratamento você procurou primeiro? (Pesquisadora)

Eu não procurei nenhum tratamento. Eu já levei ele direto pra o que eles falam voluntária. Primeiro foi pela clínica voluntária, passou por duas, não deu certo. Aí que eu fui pela involuntária. Foram só os tratamentos que eu procurei pra ver se dava certo. (Deise)

Por meio da fala de Vânia podemos observar que também não houve nenhuma forma de acompanhamento de saúde antes da internação involuntária. Ela contou que o irmão foi atendido uma única vez apenas por um psiquiatra para cumprir exigências burocráticas, já que era preciso um laudo justificando a internação involuntária. Para Vânia, tal decisão parece ter sido tomada sem muita reflexão, “da noite pro dia”.

Olha eu não tenho certeza, mas eu acho que na época que nós internamos ele lá eu precisei de ir levar, eu precisei de um encaminhamento de um psiquiatra, não me falha a memória, pra poder internar ele lá. Tenho quase certeza disso. (Vânia)

Mas não houve um tratamento com esse psiquiatra antes? (Pesquisadora)

Não, não houve. Foi assim “vou te pegar e vou levar”, foi assim da noite pro dia. Não teve acompanhamento com ninguém. (Vânia)

Esse psiquiatra fez o laudo então pra encaminhar pra interná-lo? (Pesquisadora)

Isso. (Vânia)

Apesar da internação de usuários de drogas ser sustentada pela lei n. 10.216 (2001) como medida de caráter excepcional, a realidade parece ser diferente, pois algumas famílias não chegaram a tentar e nem conheciam outros tipos de tratamento de saúde. Outros estudos também observaram que os familiares e amigos de usuários de drogas apontaram principalmente formas de tratamento pautadas na internação (Albarracín et al., 2009; J. Silva et al., 2009).

Patrícia também relatou que o primeiro tratamento procurado pela família foi a interação involuntária porque esse era o único tratamento presente no seu repertório. Segundo Patrícia, eles não conheciam outros tipos de serviços ou tratamentos de saúde para além da internação.

A partir de conversas com outras famílias do AE ela passou a conhecer diferentes clínicas, uma vez que este tipo de tratamento era enfatizado pelas famílias que frequentavam o AE.

Antes do tratamento, da internação vocês procuraram outros tipos de serviço de saúde, outro tratamento? (Pesquisadora)

Não! Fomos direto nesse [internação involuntária]. Não procuramos nenhum! (Patrícia)

Vocês conheciam algum tratamento de saúde também? (Pesquisadora)

Não! Não! Passei a conhecer quando frequentava o Amor Exigente. “Ai, eu deixei meu filho em tal lugar”. Eu nem sabia que tinha esse mundo de clínicas pra lá e pra cá. (Patrícia)

Vocês conheciam algum outro tratamento também que não era a internação? (Pesquisadora)

Não! De jeito nenhum! (Patrícia)

A busca pela internação involuntária por não conhecer outros tipos de tratamento também esteve presente no relato de Vânia. Ela demonstrou que a família buscou este tipo de tratamento porque não sabia o que fazer, não conhecia outras possibilidades de ajuda e apoio, dizendo que caso conhecesse, poderia não ter recorrido à internação involuntária.

Aqui não tinha CAPS na época, mas em [cidade próxima] tinha. Vocês pensaram em procurar, conheciam? (Pesquisadora)

Não porque eu acho que foi assim, mas acho que foi uma experiência. A gente não sabia, a gente não conhecia nada e até então, quando nós internamos ele lá eu não sabia que existia grupo que nem existe, que ajuda as pessoas, que lá atrás já tinha o Amor Exigente, mas eu nunca tinha ouvido falar. Então, a gente não sabia disso porque de repente se a gente soubesse até teria procurado antes uma outra ajuda, mas como a gente não sabia, a gente falar assim “ah se arrependeu?” Não, porque a gente não sabia o que fazia. Nós tínhamos que fazer alguma coisa. (Vânia)

As falas de Patrícia e Vânia, assinalam algo comum entre os entrevistados, a falta de informações sobre outras possibilidades de cuidado para usuários de drogas que contribuiu para que os familiares buscassem as internações involuntárias e compulsórias para o usuário de drogas. Segundo R. V. Melo (2016), familiares de usuários de drogas que frequentavam o grupo do Amor Exigente também relataram desesperança em relação aos serviços públicos de saúde, afirmando que recorrem a este exclusivamente em busca de diagnóstico e de prescrição de medicamentos. Jankovic et al. (2011) também observaram que os familiares de pessoas internadas involuntariamente não sabiam onde procurar ajuda antes da internação. De acordo com Rui, Fiore e Tófoli (2016), um número grande de participantes do Programa “De Braços Abertos” (47%) nunca haviam feito tratamento de saúde para o uso problemático de drogas. Familiares e amigos de usuários de drogas reconheceram que dentre as possíveis barreiras para acessar tratamentos de saúde, encontra-se o estigma em relação ao uso de drogas, a falta de outras opções de tratamento suficientes e o custo do tratamento (J. Silva et al., 2009).

Interessante ressaltar que cinco famílias não conheciam o CAPS e CAPSad. Na fala de Júlia fica claro que ela nunca havia ouvido falar sobre este serviço, ainda que o CAPS da cidade tenha criado um blog em 2011, fato que demonstra a existência do serviço há pelo menos cinco anos antes da realização dessa entrevista.

Lá em [nome da cidade] tem CAPS, é um serviço público, vocês já ouviram falar? (Pesquisadora)

Num sei, deve até ter, né. O que é? É internação? (Júlia)

É Centro de Atenção Psicossocial. Tem o ad que é específico pra álcool e drogas, mas se a cidade tiver só um CAPS, geralmente atende pessoas que usam álcool e outras drogas. (Pesquisadora)

Ajuda, tem psiquiatra? (Júlia)

Tem psiquiatra, tem psicólogo... (Pesquisadora)

Vocês não conhecem? (Pesquisadora)

Não. (Júlia)

Ana conta que antes de solicitar a internação involuntária do filho nunca tinha ouvido falar sobre o CAPSad. Segundo ela, nem mesmo a clínica onde o filho ficou internado orientou ou encaminhou a família e o usuário a continuar o tratamento no CAPSad em sua cidade após a alta.

Vocês conheciam o CAPSad, aqui em [nome da cidade] tem um CAPSad, vocês conheciam, tinham ouvido falar? (Pesquisadora)

Não, nunca ouvimos falar. (Ana)

É um serviço público que trata pessoas com problemas com álcool e drogas... (Pesquisadora)

Então, nós ficamos sabendo quando nós começamos a participar aqui do Amor Exigente. Aí que nós ficamos sabendo desse programa. Mas antes nós não tínhamos nenhum conhecimento. (Ana)

Nenhum desses outros profissionais orientou sobre o CAPS? (Pesquisadora)

Não, também não porque a internação foi em outra cidade e é o que eu te falei, o desespero da gente é tão grande. (Ana)

Oliveira e Medonça (2012) observaram em pesquisa conduzida com cinco familiares de usuários de drogas internados em hospital psiquiátrico público que as famílias desconheciam recursos de tratamento extra-hospitalar, como o CAPSad. Ademais, as famílias tendiam a procurar as internações em hospitais psiquiátricos devido a sua visão sobre o uso de drogas enquanto doença. Os participantes do estudo também relataram que não foram orientadas pelos profissionais sobre a importância de procurarem o CAPSad para continuar o tratamento após a alta hospitalar. Os resultados deste estudo demonstraram a desarticulação entre os serviços que compõe a Rede de Atenção Psicossocial, questão que pode contribuir para reinternações.

De acordo com Paula et al. (2017), é muito comum que adolescentes que apresentam uso problemático de drogas tenham acesso ao CAPSad somente após serem institucionalizados em abrigos ou em hospitais psiquiátricos e CT. Os autores também observaram o desconhecimento dos familiares em relação aos centros de atenção psicossocial, sendo informadas da sua existência pelas instituições onde os filhos foram internados. Inversamente ao que propõe a política nacional de saúde mental, a primeira forma de cuidado a que os usuários de drogas tiveram acesso foram as internações ao invés do tratamento na sua comunidade. Os CAPS deveriam representar os serviços centrais de articulação do cuidado comunitário, sendo apoiados pelas vagas em hospitais gerais.

No entanto, a maioria dos familiares que já tinham ouvido falar sobre o CAPS não o entendiam como tratamento interessante no cuidado do seu parente usuário de drogas. Marta disse que nunca chegou a procurar atendimento para o filho usuário e para a família no CAPSad e que não o via como uma possibilidade de tratamento. Ela apontou como possibilidades de cuidado para usuário de drogas os grupos de mútua e autoajuda baseados na luta pela abstinência, influenciados pelos discursos hegemônicos proibicionista e moral.

E aqui tem o CAPSad, vocês pensaram em procurar? (Pesquisadora)

Não, no CAPS nunca, nunca pensei. Por quê? Como é que o CAPS? É bom? (Marta)

O CAPS é o tratamento ambulatorial, que a gente chama, então, a pessoa fica em casa e participa das atividades, aí tem atividades com T.O. [terapeuta ocupacional], tem grupos de familiares... é um serviço de saúde gratuito. (Pesquisadora)

Sei... (Marta)

Vocês não conheciam? (Pesquisadora)

Não, eu assim conhecia de ouvir falar, nunca analisei, nem vi quem já usou ou quem nada disso aí. Mas nunca me interessei, realmente, nunca vi como uma saída possível, NA sim, ele foi, aqui no Amor Exigente ele veio e não gostou. (Marta)

O marido de Marta, Augusto, disse que nunca chegaram a procurar o CAPSad, mas que pelos comentários de amigos ouviu que o serviço não era bom e não tinha profissionais com boa formação. Ele apontou que apesar de mais tarde perceber que o serviço conta com profissionais empenhados em ajudar, acha que o serviço público tinha muito para melhorar e apontou a falta de investimento do Estado em um serviço tão importante para a comunidade. É possível perceber na fala de Augusto que uma das implicações da falta de investimento financeiro no CAPSad foi que este serviço passou a ser visto como espaço em que o paciente vai apenas para buscar receitas com prescrição de medicamentos.

E aí, os tratamentos... vocês chegaram a pensar no CAPSad? (Pesquisadora)

O CAPS? (Augusto)

É, ad. (Pesquisadora)

Ainda não se tem apesar da gente conhecer alguns profissionais que trabalham ali e que a gente até tem uma consideração maior, mas o sentido público ainda não foi altamente desenvolvido. Então, você tem um serviço que não é o melhor. Salvo alguns profissionais que estão ali. Agora ele não é muito bem visto, não é bem visto ainda. Quer dizer, precisaria melhorar muito, precisaria de um investimento muito grande do Estado, a contratação de profissionais de alto nível e que nós ainda não temos nem os nossos governantes de alto nível, agora você imagina. (Augusto)

Que falhas você vê ali no CAPS? Além dos profissionais que o senhor acha que deveriam ter uma melhor formação. Tem alguma outra falha? (Pesquisadora)

As informações que a gente tem é de ouvir dizer, eu nunca fui propriamente procurar o CAPS pra isso. Quer dizer, há uma resistência de tal forma que isso ainda não permitiu que a gente se aproximasse do Caps. Eu fiquei conhecendo uma pessoa do CAPS numa cerimônia religiosa lá no (nome do bairro), por exemplo, que ela se mostrou assim maravilhosamente bem disposta e atenciosa e tudo isso. Quer dizer capaz de envolver até mesmo o paciente pra que possa prestar um bom serviço. Mas de modo geral é uma coisa muito distante. (Augusto)

Entendi, vocês foram ouvindo comentários de que não era muito bom e ficaram nessa resistência... (Pesquisadora)

Isso, exatamente. (Augusto)

E aí, quando o senhor conheceu essa profissional pensou que até pode ser bom? (Pesquisadora)
Pode ser bom. O CAPS eles tem associado muito a um fator que é admissão e a receita de medicação. O indivíduo vai no CAPS exatamente pra buscar remédio. Quer dizer, ao invés de buscar uma formação, um melhor desenvolvimento, um trabalho de profundidade de compreensão, tudo isso. O indivíduo vai lá recomendado por outro profissional pra buscar. (Augusto)

Para Beatriz o CAPSad também não era uma possibilidade. Apesar das clínicas onde sua filha foi internada involuntariamente não apresentarem bons resultados, para ela o CAPSad não pareceu ser efetivo para substituir as internações. Ela também acreditava que este serviço precisa de ampliação, pois a demanda é maior do que o número de CAPS e profissionais atuando nestes serviços.

Né, então isso eu acho, mas tem que ter um programa muito bom. Tem que ter CAPS, mas tem que ter CAPS, amiga, não é qualquer CAPS e nem qualquer profissional de trabalho em nenhum profissional para cuidar de 59 mil pessoas, tem que ser um lugar, como o do Dr. Psiquiatra, que também tem gente que não deu certo. Mas ele a pessoa fica lá, mil reais por dia, passa o dia inteiro lá, mas ela tem um excelente acompanhamento, mas é extremamente caro pra nós. Nós não temos esse dinheiro. Infelizmente. (Beatriz)

É... Apesar, você acha que não teve um bom resultado então pra minha filha, esse serviço... (Pesquisadora)

Não, e nem nos da clínica tem. (Beatriz)

Joana contou que também conhecia o CAPS, mas este serviço não era uma possibilidade interessante para seu filho. Ela achava que o tratamento oferecido pelo CAPS não ia resolver porque seu filho precisava de acompanhamento 24 horas. Ela buscava um local completamente fechado do qual ele não pudesse fugir, ideal para que ele alcançasse abstinência. Além disso, ela apontou que no CAPS os grupos para familiares eram oferecidos durante o dia e ela não

podia comparecer porque trabalhava. Então, Joana participava de um grupo de mútua ajuda realizado no período noturno.

Na época vocês conheciam, já tinha o CAPS quando vocês internaram ele? (Pesquisadora)

Tinha, inclusive, essa companheira dele, a mãe dela levou ela pra lá, só que ela pegava os passe de ônibus e trocava por droga. Ela falava que ia, mas não ia, ficava pra rua. Quando eles avisavam já era tarde demais, ela tava todinha na droga de novo. (Joana)

E você chegou a procurar o CAPS? (Pesquisadora)

Não. Nunca cheguei a procurar. (Joana)

Por que você nunca procurou? (Pesquisadora)

Porque eu via que pra ela não dava resultado, eu falei: o que vai adiantar isso? Ainda mais ele junto com ela, ela usando. O que ia resolver? (Joana)

Você não chegou a pensar que talvez por ser um tratamento que a pessoa pode ficar em casa talvez pudesse ajudar? (Pesquisadora)

Não, porque eu achava que não dá resultado. Porque eu trabalhando, na maioria dos dias eu fazia 12 horas porque um dia eu era HC [Hospital das Clínicas] outro dia eu era só plantão, eu era duas pessoas pra poder dá conta de pagar empréstimo pra pessoas que eu devia, como que eu ia acompanhar ele em casa. O CAPS não ia tomar conta dele o dia inteiro, era só a hora que ia lá, então, eu achava que não ia dar resultado. E eu também não poderia estar indo atrás dele. (Joana)

Então, pra você tinha que ser num ambiente fechado? (Pesquisadora)

Fechado e que eu tinha total certeza que eu ia trabalhar e ele tá sem fugir e sendo tratado. Por isso que eu achava que não ia dar resultado. Eu nem conheço lá pra te falar a verdade. Não conheço. Num recrimino, mas naquele momento lá eu não poderia acompanhar o jeito que as pessoas falavam que pra mim porque várias vezes a mãe dela ia lá. Eu não tinha esse tempo. (Joana)

Então, você não poderia participar. (Pesquisadora)

É, eu não podia acompanhar este tipo de tratamento. (Joana)

Lá no outro você ia porque era de noite? (Pesquisadora)

É, eu só ia no dia da visita e a noite depois que eu saía do hospital. (Joana)

Que era aquele grupo. Era todos os dias? (Pesquisadora)

Não, era duas vezes na semana, às vezes, quando tinha alguma reunião especial, às vezes você acrescentava mais um dia na semana. Como também, às vezes, tinha algum feriado que aquele dia não ia ter, então, ia ter outro dia. (Joana)

Conforme a pesquisa de S. B. Rocha (2015) a respeito da percepção dos familiares sobre seu papel nos cuidados para com o parente que era atendido no CAPSad, alguns familiares expressaram desconhecimento sobre a proposta de redução de danos adotada em muitos CAPSad. Inseridas num contexto marcado pela hegemonia do discurso moral e da abstinência, as famílias buscavam, principalmente, afastar a pessoa do contexto em que as drogas estavam presentes enquanto que os serviços ambulatoriais não oferecem essa possibilidade, pois deveriam funcionar a partir de um discurso alternativo aos dominantes (Morais & Malfiano, 2014; Passos & Souza, 2011).

De acordo com a WHO (2008) o cuidado em saúde mental realizado pela atenção primária de saúde diminui o risco de violação de direitos humanos que ocorrem, particularmente, em hospitais psiquiátricos. Além disso, a estigmatização e discriminação do

paciente são reduzidos porque as pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico são atendidas no mesmo serviço de saúde onde pessoas que receberam diagnósticos diferentes realizam tratamento. O que é considerado importante na construção de sentidos sobre o problema pelo paciente, pelos familiares e pela comunidade (World Health Organization [WHO], 2008).

Mesmo com a inserção do discurso de redução de danos como paradigma nos serviços substitutivos de atenção ao usuário de drogas, a desconstrução de discursos dominantes como o moral, criminal e de abstinência, é um processo que demanda diálogos diários. Precisamos lembrar que as primeiras práticas de redução de danos surgiram no contexto das cenas de uso de drogas ilícitas e sofreram repressões de setores conservadores da sociedade brasileira como a Igreja e grupos políticos. Assim, o descrédito nas intervenções baseadas na redução de danos observado entre os familiares entrevistados não é algo incomum, pois é descrito pela literatura que mesmo profissionais da saúde tem dificuldades em adotar práticas orientadas pela redução de danos (Carvalho & Dimenstein, 2017; Delbon, Da Ros & Ferreira, 2006; Moraes, 2010). Para Spink (2010), a razão dessa dificuldade se deve ao fato da redução de danos reconhecer os aspectos prazerosos da droga e desconstruir o discurso moral que está presente no movimento atual de valorização dos estilos de vida saudáveis, como no caso da política de combate ao tabagismo. Em contextos em que coexistem práticas exclusivamente baseadas no discurso moral e da abstinência, como nas CT, a redução de danos é mal compreendida, como se suas intervenções estimulassem o uso de drogas e os comportamentos de risco para acessá-las (Carvalho & Dimenstein, 2017).

Entretanto, segundo Delgado (2011), se não são ofertados serviços psicossociais eficazes territorializados e a rede de atenção psicossocial não atende as necessidades da população que usa álcool e outras drogas e suas famílias, a internação encontra aprovação social. Vecchia e Martins (2006) observaram, a partir de entrevistas com familiares de pessoas em tratamento em saúde mental, a insuficiência dos serviços de saúde em atender as necessidades dos usuários. Em geral, estes não continuaram sendo acompanhados na rede de serviços comunitários de saúde mental após receberem alta da internação psiquiátrica. Dessa forma, as famílias relataram estar sobrecarregadas pelo cuidado dedicado à pessoa que realizava tratamento em saúde mental e apontaram que recursos informais como, grupos religiosos tinham papel complementar na atenção à sua saúde mental (Vecchia & Martins, 2006).

Apenas três das famílias entrevistadas neste estudo disseram que seus filhos foram atendidos pelo CAPSad, mesmo que por um período breve. Dentre essas famílias, duas haviam procurado o CAPSad antes da internação involuntária e/compulsória e uma família disse que o

familiar não aceitou ser atendido no CAPSad antes da internação e foi atendido pelo serviço apenas no intervalo entre as internações. No entanto, elas demonstraram desânimo com as práticas de redução de danos propostas pelo serviço. Isso ficou evidente ao longo da entrevista com Helena. Quando contei que estava realizando mestrado em psicologia, ela afirmou que psicólogos são contra as internações. No decorrer da sua entrevista, ela construiu uma narrativa contrária a redução de danos, desvalorizando qualquer estratégia dessa abordagem e defendendo os benefícios das internações involuntárias e compulsórias. Ela foi me posicionando como psicóloga a favor da redução de danos e contra a internação, ou seja, alguém que deveria ser convencida sobre a necessidade das internações forçadas.

No trecho abaixo, Helena falou que o filho fez um atendimento breve no CAPSad, mas disse que ele não gostou do serviço porque as pessoas saíam do atendimento e continuavam usando drogas. Ela contou que seu filho pedia para ir no CAPSad, mas assim que ela lhe dava roupas novas, ele fugia. A participante reiterou que o serviço adquiriu um sentido de prescrição de medicação e que o serviço não poderia ajudar no tratamento da pessoa que usa drogas.

Vocês chegaram a buscar algum tratamento no CAPS pra ele? (Pesquisadora)

Sim, sim. (Helena)

E como que foi? (Pesquisadora)

Ele não gosta do Caps. Porque ele diz que as pessoas saem de lá de dentro, já saem lá fora e vão usar drogas. Um já chama o outro e vão, entendeu. E o CAPS é mais... como que fala... tô ruim de memória... quando é pra pessoa ir diminuindo, controlando? (Helena)

Redução de danos? (Pesquisadora)

Redução de danos. Ele não gosta de jeito nenhum do CAPS. (Helena)

Ele chegou a frequentar quanto tempo lá? (Pesquisadora)

Não, pouquíssimo tempo. Eu conseguia, quando ele tava muito ruim, eu conseguia passar ele pelo Dr. Psiquiatra já na parte do CAPS III, né, é o III? É. tem o ad lá com o psiquiatra e passava ele com ele e com outro médico também, mas é quando ele tava bem ruim. Às vezes, ele fugia de lá. Então, assim falar que ele consegue ter um acompanhamento aqui fora sem tá numa clínica, ele não faz isso. Às vezes, eu falo “filho vamos lá no CAPS?” “Vamos”. Ele descia do carro no sinaleiro ou mesmo com o carro em movimento, ele pulava do carro. Ele chegou a falar: “mãe, eu vou”. Aí chega na hora ele foge. Às vezes, é só pra conseguir uma roupa nova porque fica sem roupa. Ele fala: “mãe então pra ir no médico eu preciso de uma roupa, eu preciso de um tênis, né”. Daí eu arrumo ele, acredito que ele vai pro CAPS, vai pra Igreja também, né. E daí ele põe, se arruma bonitinho e foge. (Helena)

Lá vocês participaram também no CAPSad de algum grupo pra família? (Pesquisadora)

Não. Eu ia no Amor Exigente que era aqui perto. (Helena)

E alguma clínica recomendou o CAPS? (Pesquisadora)

Sim. Não, sempre tem recomendação do CAPS, mas não adianta. O CAPS não resolve, pra te ser sincera, o CAPS não resolve. Esse negócio de redução de danos pra mim é um absurdo tá. (Helena)

Durante três meses o filho de Fábria foi atendido pelo CAPSad, ela apontou que este tratamento teve algumas vantagens. Entretanto, ela destacou desvantagens relevantes, principalmente, os aspectos da estrutura física da instituição.

Ele chegou a ir no CAPS? (Pesquisadora)

Chegou a ir sim. Pegava os remédios certinho, tomava. (Fábria)

Ele participava do tratamento com o médico? Participava de algum grupo? (Pesquisadora)

Sim, com psiquiatra e tinha o grupo deles, tinha a assistente social, a psicóloga. (Fábria)

Os familiares foram em algum grupo lá também? (Pesquisadora)

Não. Eu e meu marido até participou do NA porque a metodologia da clínica que ele ficou internado era do NA. Então, a gente chegou a ir no NA alguns dias, eu ia com meu marido na segunda porque ele gostava de ir lá e nas quartas eu vinha no Amor Exigente. Então, eu fazia companhia pra ele lá e permanecia no Amor Exigente, é uma metodologia que eu me adequiei mais. (...) (Fábria)

Quanto tempo ele foi no CAPS? (Pesquisadora)

Uns 3 meses. (Fábria)

Você viu alguma vantagem nesse tratamento no CAPS? (Pesquisadora)

Olha menina tem. Tem e num tem viu. Porque olha pra começar o ambiente, o ambiente já é triste porque não tem uma estrutura boa, tudo que o governo oferece é de péssima qualidade. O ambiente físico é sujo, é deprimente. Eu não sei se isso tem a ver porque eu me sentiria assim. Você pensa uma pessoa que tá ali pra recomeçar, pra dar início numa nova jornada na vida, chega já não tem lugar onde sentar direito, não tem uma água gelada certinha, num ambiente limpo, num ambiente adequado. Como que continua? A não ser aqueles que já tão acostumados na rua mesmo que ali é o pior lugar pra se viver aí vai pra um lugar melhorzinho já tá de bom tamanho. Mas não tem não tem uma estrutura física adequada. O erro já começa aí. Por isso que eu não vejo qualidade. As atendentes, elas atendem muito mal, eu não sei os outros profissionais porque eu não passei por eles, eu só cheguei até na recepção, atende muito mal, com muita má vontade, com cara feia. Não são treinadas pra isso, pra lidar com pessoas, mesmo que são viciados tem uns que são alcoólatras morador de rua que não tem modos também, eles não tem mas você deveria ter. Então, tudo isso eu falo assim porque que num atende, num funciona “ah mais se a pessoa quiser qualquer lugar serve”. Eu sei e realmente o menino ali num ficou, veio só na Igreja e tá recuperado e tá tudo bem, mas já que você oferece um tratamento, já que o governo e as clínicas oferece, tem que ter qualidade.

Ele se queixava de alguma coisa lá do CAPS? (Pesquisadora)

Não. Ele mesmo não comentava nada disso, só de alguns usuários do CAPS. Que ele falava assim: “ai mãe me dá vontade de vir embora, cada um que aparece lá”. Eu falei: “uai, são pessoas doentes estão buscando ajuda igual a você”. (Fábria)

Segundo Rosa e Campos (2013, p. 325), historicamente a assistência psiquiátrica foi regida pelas tensões entre as classes sociais das pessoas atendidas pelos serviços de saúde. Aos pobres cabiam os atendimentos em serviços públicos e aos mais abastados o acesso aos serviços da medicina liberal e mais elitizados. As autoras observaram que para profissionais do CAPS a população majoritariamente atendida pelo serviço é de classe “baixa”, descrita como “SUSdependente”. A população de classe média busca atendimento de saúde mental por meio de planos privados de saúde. As autoras chamaram a atenção para o fato de que as pessoas de classe média que procuram o CAPS o fazem de maneira seletiva, buscando consultas médicas, psicológica e prescrição de medicamentos. As famílias de classe média tenderiam a esconder que seu familiar recebeu algum diagnóstico psiquiátrico, evitando participar das atividades grupais oferecidas pelo serviço.

Por outro lado, familiares de pessoas que fazem uso problemático de drogas atendidas pelo CAPSad ressaltaram a importância do tratamento desenvolvido pelo serviço, que contribui

para melhora das condições de saúde do paciente e redução dos impactos causados pelo uso de drogas (Azevedo, Miranda, 2011a; Azevedo, Miranda, 2011b), auxilia a família a entender melhor sobre o problema em questão (Azevedo, Miranda, 2010; Azevedo, Miranda, 2011b) e ajuda a melhorar as relações familiares (Azevedo, Miranda, 2011b, Braun et al., 2014; Melo & Paulo, 2012). Os usuários de drogas atendidos pelos CAPSad também afirmaram que o tratamento é importante para manterem-se longe das drogas (Melo & Paulo, 2012), para melhorar as relações familiares à medida que promove a redução do consumo de drogas (Carvalho & Dimenstein, 2017; Melo & Paulo, 2012) e para promover a inclusão social e inserção no trabalho (Carvalho & Dimenstein, 2017). Outra potencialidade do tratamento no CAPSad destacada pelos usuários de drogas foi a redução gradativa de medicações, pois a medicação funcionaria apenas como suporte nos períodos mais difíceis, sendo o uso excessivo de medicamentos visto de forma crítica pelos mesmos (Carvalho & Dimenstein, 2017).

Entretanto, os participantes do presente estudo apontaram que os serviços como CAPSad parecem ter dificuldades de acolher os usuários de drogas e seus familiares. Outras pesquisas observaram entraves nas intervenções dos serviços de saúde mental como práticas ainda pautadas no modelo biomédico (Delbon et al., 2006; Paula et al., 2014; C. C. Silva et al., 2014; Souza, Kantorski & Mielke, 2006), a ênfase da medicalização (Bezerra; Jorge, Vasconcelos, Lima & Gondim, 2014; Medeiros, 2014), a necessidade de treinamento dos profissionais para cuidar de usuários de drogas (M. Lima et al., 2007; Meira & Arcoverde, 2010; Paula et al., 2017) e para cuidar da sua família (Souza et al., 2006; Paula et al., 2014), a falta de recursos materiais (Paula et al., 2017) e a dificuldade dos profissionais em atuar segundo a lógica de redução de danos (Delbon et al., 2006). Estes fatores contribuem para reprodução de práticas hospitalocêntricas.

A partir das entrevistas percebe-se que questões como a busca por tratamentos de saúde individuais com profissionais liberais que eram geralmente abandonados pelos usuários de drogas, o desconhecimento sobre a existência do CAPS e CAPSad e a dificuldade desses serviços em acolher o usuário e seus familiares contribuíram para que as internações involuntárias e compulsórias fossem construídas como única intervenção possível. Para desconstruir o modelo hospitalocêntrico é preciso ir além da tradição individualista na qual o objetivo do tratamento é a cura da mente do indivíduo. De acordo com Gergen (2009a), a perspectiva relacional propõe escuta curiosa e responsiva, reconhecendo na história do outro sua legitimidade. O tratamento enfatiza a relação colaborativa na qual a responsabilidade é compartilhada. Dessa forma, o foco deixa de ser as falhas do cliente e passa a ser seus recursos. Por exemplo, ao invés do profissional investigar narrativas sobre o problema do cliente, ele

deve explorar situações em que o problema não estava presente. O objetivo é convidar o cliente a construir mundos alternativos.

É possível desconstruir a história de descontrole perante as drogas que circunda os usuários? E se investigássemos sobre momentos em que essa pessoa teve controle sobre sua vida? Como foram essas experiências? Quem estava junto com ela? O papel do profissional seria investigar com o paciente experiências de sucesso. O que ele alcançou na vida, que recursos foram necessários para alcançar tais resultados e quais relações sociais foram importantes. Além disso, é importante construir junto com o paciente uma visão de futuro positivo no qual falhas e perdas possam ser substituídas por forças e novas relações. A partir da suspensão da realidade de fracasso os familiares e usuários poderiam conversar sobre problemas e sucessos, construindo novas realidades. Esse é um exemplo de uma narrativa alternativa que poderia contribuir para que os usuários de drogas e familiares se sintam acolhidos pelos profissionais de saúde.

A partir dessa perspectiva relacional, Seikkula e Arnkil (2006) propuseram uma abordagem de cuidado comunitária nomeada de Diálogos Abertos (*Open Dialogue*), em uma tentativa de oferecer alternativas diante do número exorbitante de internações psiquiátricas e de medicações prescritas na Finlândia. Sustentado pelo entendimento de que doença mental e cura são construídas nas relações sociais e que a comunidade psiquiátrica reforça as internações e prescrições de medicamentos, eles pensaram nesta alternativa. A intervenção consiste na formação de uma equipe que inclui profissionais de diferentes áreas, familiares, amigos, colegas de trabalho, representantes da rede de serviços de saúde, educação e assistência social. O paciente é convidado a participar das conversas do grupo, estando todos juntos comprometidos com o processo de mudança, sendo que em casos mais graves os encontros são diários. Após dois anos de intervenção, os autores observaram redução significativa de internações e da prescrição de medicamentos.

A proposta Diálogos Abertos demonstra que partir do posicionamento de todos como corresponsáveis no processo de mudança é possível promover a desfamiliarização de discursos dominantes. Por exemplo, reflexão sobre o discurso biomédico ocorre à medida que o foco passa a ser as novas possibilidades de mudança ao invés da cura da doença e o convite para que outros atores compartilhem seus conhecimentos. O discurso individualista também é desconstruído ao passo que as pessoas que fazem parte dessa rede de apoio são posicionadas como responsáveis por construir novas possibilidades.

Outra proposta alternativa foi o Projeto “De Braços Abertos” (DBA). De acordo com Rui, Fiore e Tófoli (2016), o programa foi implementado em 2014 na região central de São

Paulo onde tem grande fluxo de pessoas em situação de rua, pobreza e sofrimento. Muitas delas consumiam crack e por isso ficaram estigmatizadas, sendo chamadas pejorativamente de “craqueiros”. As ações do programa incluíam estadia em quartos de hotéis nas proximidades da cena de consumo, três refeições diárias em restaurante público e possibilidade de trabalho e de acesso aos serviços de saúde. Aspecto interessante do programa é que estas pessoas não eram obrigadas a interromper o uso de drogas. O programa foi avaliado como muito positivo por 37% e como positivo por 58% dos participantes do programa. Dentre os pontos mais positivos do DBA foram apontados pelos participantes do programa a inserção no mercado de trabalho, a geração de renda e a moradia. Como consequência, também foi observado a redução do consumo de drogas pelos entrevistados e sua vinculação com a rede de serviços de assistência social e saúde.

Os resultados do atendimento oferecido pelo projeto DBA demonstram a desnaturalização do estigma em torno dos usuários de crack ao olhar para além do problema de uso de drogas, considerando suas outras descrições e identidades, como filhos, pais, amigos, excluídos socialmente, trabalhadores informais, dentre outras. A grande sensibilidade dos profissionais desse projeto foi considerar as necessidades dos participantes para além do tratamento para uso de drogas. Ao desconstruir o discurso de guerra às drogas e de abstinência, abriu-se espaço para outras intervenções, para além das internações involuntárias e compulsórias. A partir da criação de novas relações de trabalho, moradia e de apoio por meio dos serviços da assistência social e saúde foi possível a redução do consumo de drogas.

Os dois exemplos apresentados, Diálogos Abertos e DBA, demonstram que novas alternativas de cuidado para o usuário de drogas podem ser criadas e que o desconhecimento sobre tratamentos de saúde alternativos à internação e a dificuldade de serviços extra-hospitalares, como o CAPS e CAPSad, em acolher as demandas dos usuários e suas famílias contribuíram para que os familiares entrevistados construíssem as internações involuntárias e compulsórias como única e melhor possibilidade de cuidar do usuário de drogas.

Os próprios entrevistados também foram criando ou mudando suas formas de agir no relacionamento com o familiar usuário de drogas **na tentativa ajudá-los a parar de usar**. As famílias descreveram que adotaram algumas atitudes para ajudar os usuários de drogas que estão de acordo com alguns princípios aprendidos nos grupos do AE como o estabelecimento limites claros e objetivos. No excerto abaixo, Patrícia contou que tentou colocar limites para que a filha não voltasse tão tarde. Na fala de Patrícia pode-se observar que sua narrativa está alinhada, principalmente, ao 7º princípio do AE que dispõe sobre a necessidade de corrigir o

comportamento inadequado do filho, sendo possível que sua resposta tenha sido construída considerando sua experiência como participante desse grupo.

E a senhora sabe assim com que frequência que ela usava isso? A senhora tem uma ideia? Sempre? (Pesquisadora)

Ah, ela saía todo dia, filha! Todo dia ela saía e voltava tarde! Todo dia! Aí chegou um dia que eu falei: “olha, não vou mais abrir a porta pra você hein! Você vai ter que chegar tal hora... e se não chegar eu fecho a porta, tranco tudo. Não vou abrir!”. Não adiantava nada. (Patrícia)

Fábia também tentou aplicar no seu relacionamento com o filho os princípios aprendidos no AE, como a responsabilização por parte do orçamento doméstico. De forma semelhante a fala de Fabia remete ao 11º princípio do AE que dispõe sobre a importância dos pais ensinarem para os filhos que eles devem assumir a responsabilidade pelas suas ações, algo que pode ter influenciado a construção da sua resposta tendo em vista sua participação no grupo AE.

Como é pra você suspeitar que ele continua usando e já ter passado por tanto tratamento por conta do uso? (Pesquisadora)

Olha, eu fico do jeito que eu acho que qualquer mãe fica. Me seguro na minha religiosidade, eu procuro buscar na fé, confiar que um dia isso vai acabar, não vai piorar pelo menos, o mínimo que a gente espera, e peço à Deus pra que ele tenha esse estado de despertar pra realidade. É só. A gente vai vivendo os princípios de Amor Exigente, impondo regras e princípios dentro de casa que ele cumpre com a parte dele na questão do dinheiro, das obrigações em casa. Num é fácil porque como ele trabalha com o meu marido, às vezes, ele tem acesso a dinheiro. Então, ele sempre pega emprestado, né, às vezes, sem comunicar a ninguém. Nada assim extrapolando, mas a gente tem sempre que tá vigiando, algo que a gente tem sempre que vigiar. (Fábia)

Conforme o relato de Júlia, muitas vezes, o controle sobre o usuário se torna exagerado. Para ela existe sempre uma tensão em torno dos momentos em que o filho sai de casa e para lidar com isto, os pais costumam levar e buscar o filho em seus compromissos, como no trabalho, no médico e no dentista. Ela percebeu que existe um excesso de controle sobre o filho, já que o monitoram em situações triviais, como comprar um chocolate ou visitar o avô. Júlia descreveu esta relação como codependência, dizendo que o AE busca lidar com esse estilo parental.

Não, por enquanto não porque nesses 2 meses atrás na clínica que ele falou “mãe vai no Amor Exigente, você e meu pai precisa sair dessa codependência.”. Porque se nós não sairmos é igual outro dia nós ouvimos se nós não sairmos dessa codependência a hora que ele chegar e falar “mãe eu vou lá na casa do meu vô falar oi pra ele e de lá eu já vou passar no mercado comprar um chocolate”. Eu já vou falar “nossa! Você já vai fazer tudo isso na rua?!”. Então, a nossa codependência infelizmente vai acontecer. Porque saiu pra rua pra fazer o que? Vai atrás de avô, vai atrás... tem que ir, ele tem que ir, só que aí nós vamos ficar morto em casa ou

nós vamos montar tudo no carro, a família inteira e vai comprar o chocolate. É isso que a gente faz sempre [risos]. (Júlia)

Você percebe que vocês fazem isso? (Pesquisadora)

Nós fazemos, eu levo no psicólogo, no dentista, na porta do trabalho, eu busco. (Júlia)

Seria uma tentativa de controlar? (Pesquisadora)

De controlar pra ele não sair dali e sumir. Se ele quiser ele fala “mãe, se eu quiser sair dali antes do cê chegar, eu já saio e vou pra outro lado”. É verdade só que o que a gente busca o nosso bem estar também, o dele e nosso. Que aí ele montou no carro, nós já vamos embora eu já vou feliz e contente, eu tô indo de carro o meu marido me liga “tá dando tudo certo? Já chegou em casa?”. A gente vive pra isso, infelizmente. Eu gostaria que mudasse muito por isso que eu acho que eu tô vindo buscar ajuda aqui, vamos ver se vai dar certo. (Júlia)

De acordo com Olívia, diante da dificuldade de controlar seu comportamento compulsivo, para seu filho, que apresenta deficiência auditiva, torna-se ainda mais difícil ser autônomo porque senão ele pode usar drogas novamente. A participante afirmou que a família tenta acompanhá-lo aos lugares que frequenta, mas frente aos seus outros compromissos percebe que não podem ficar juntos por 24 horas. Na fala de Olívia percebeu-se uma ambivalência sobre acompanhar o filho a fim de evitar recaídas e respeitar a autonomia reivindicada por ele. Além disso, a participante relatou especificidades percebidas no caso de uma pessoa que apresenta algum tipo de deficiência, pois os profissionais de saúde da rede pública e privada não apresentaram habilidade para atender essas pessoas.

Como na clínica não tem intérprete, porque eles já deixam bem claro, não tem intérprete, no caso meu filho lá dentro ele só tá isolado, ele consegue se comunicar com uma pessoa que nem você, só que lá dentro com uma psicóloga tem que ter uma intérprete, com um médico tem que ter um intérprete, nas reuniões dele teria que ter um interprete, não tem. Então, o que eles fazem quando já tá mais calmo, já tá aceitando, como é aqui em [nome da cidade] a gente pega ele final de semana, pega ele durante a semana e leva ele pro culto pra Igreja, retorna pra clínica. Pega ele no sábado, começa devagarzinho, retorna pra clínica. Até essa última vez que chegou o ponto dele tá ficando com a gente. Tava muito bem, mas depois chegou o final de semana que ele saiu sozinho. O quê que a gente tá percebendo ele não pode sair sozinho, ele não pode ficar sozinho, ele tem que estar o tempo todo com atividades, cê tem que estar com programação, só que chega um ponto que num tem como. Chega um sábado que você trabalha, às vezes, tem domingo que meu esposo também trabalha porque tem clínica pra pagar. Então, meu esposo trabalha de segunda a domingo. Quando ele tá voltando meu esposo até deixa de trabalhar, só que ele fala “Olívia, o nosso filho vai ter que caminhar porque a gente tem que viver”. E ele também dá pra ver assim ele sabe que ele não pode andar sozinho, que é que nem eu conversei na clínica “mas se ele sabe que ele não pode andar sozinho por quê?”. Porque ele tenta, ele fala “eu vou”. Que também ele vai sair duma clínica e vai continuar trancado dentro de casa. Então, ele tenta “eu vou que tentar, eu vou” e aí vêm as recaídas. Recaída feia mesmo quando ele volta que ele fica a noite inteira que ele volta a gente fala “vai força! Você vai conseguir. Força, não vai.” aí ele vai até que ele sai de novo. Aí a gente fala não adianta. A clínica fala quanto mais rápido trazer melhor porque se vocês deixar no uso, no uso vai ficando mais difícil trazer. (Olívia)

As falas dos familiares estão de acordo com os doze passos do AE que enfatizam o estabelecimento de limites e ordem. Dessa forma, os familiares entrevistados parecem compartilhar de entendimentos presentes no AE como a necessidade dos pais compreenderem que seus filhos devem ser responsabilizados pelo seus comportamentos e serem incisivos em relação ao cumprimento das regras que foram estabelecidas. Por exemplo, caso a família estabeleça a regra de que algum dos seus membros deve assumir uma postura de abstinência diante de um comportamento contrário os pais poderiam construir a solicitação de internação involuntária e compulsória como uma tomada de decisão necessária e como intervenção educativa para o usuário de drogas conforme descrevem os princípios 11º Organizador e 12º Compensador.

Uma estratégia muito referida pelos familiares foi tentar conversar com o usuário de drogas visando que ele parasse de usar drogas. Ana falou sobre mudanças que a família foi tentando aplicar, como manter o filho dentro de casa, conversar com o filho, pedir para que os amigos dele tentassem manter contato com ele e tentar retirar o filho do ambiente por meio de viagens. Segundo a participante, tais estratégias tinham o objetivo de fazer o filho parar de usar drogas, mas todas foram sem efeito.

E até que a gente foi tentando fazer algumas mudanças, às vezes, a gente tentava mantê-lo mais dentro de casa, mas aí a gente não conseguia. Aí já começou a passar noites fora de casa, tudo, e foi só agravando a situação, mas a gente tava sem saber o que fazer a verdade é que a gente não tinha o que fazer. A gente já sabia de algumas clínicas voluntárias que era mais em conta, o valor era mais em conta, as involuntárias eram mais caras e gente foi tentando não chegar a esse ponto de uma internação, mas aí por fim foi a única saída nossa. Mas assim, o que a gente tentou muito foi com o grupo da comunidade, ajuda de amigos nossos e amigos dele conversando com ele, tentando sair com ele, viajar com ele pra ver se tirava ele desse ambiente, mas nem isso mesmo a gente conseguia quando a gente tentava um amigo dele pra conversar com ele, ele mentia dizendo que não estava em casa, que não podia falar aquela hora. Marcamos uma viagem, aí ele não quis ir, a viagem marcada ele não quis ir com a gente. Então, a gente ficou meio sem saber o que fazer mesmo, é uma situação que a gente não tem muita direção [risos]. (Ana)

Alves e Silveira (2011) também observaram os familiares de pessoas que apresentavam uso problemático de drogas rearranjavam sua rotina familiar para evitar que o parente usasse drogas, havendo uma preocupação em manter o familiar usuário dentro de casa. Muito preocupados com o parente os familiares tentaram ajudá-lo a se manter afastado de ambientes onde a droga pode estar disponível, sendo que esta estratégia parece ser compartilhada pelos participantes de grupos de mútua ajuda como uma forma de cuidado.

A fala de Júlia chama a atenção porque a estratégia da família para que o usuário de drogas parasse de usar foi ameaçá-lo com a internação psiquiátrica.

Ah nossa! Agora no fim, depois de fevereiro, dois meses ficou ele não tava normal porque eu enrolei, desde dezembro que nós estamos enrolando pra internar. Na verdade, era pra ter internado desde dezembro. Dezembro, janeiro e fevereiro, 3 meses, eu e o meu marido sabemos que ele sabe sair dessa. Então, a gente foi dando chance "Filho por favor, nós vamos te internar. Meu filho, nós vamos te internar.". Meu marido fingia, às vezes que tava ligando pra clínica, ele ouvia "pai, por favor, não me interna". Aí ele falava "pai, eu vou parar". Parava, parava 5 dia, 8 dia. Aí depois ele parou de parar. (Júlia)

Araujo (2012) também relatou a mudança de comportamento dos familiares de usuários de drogas na tentativa de controlar esse uso, sendo muitas vezes, até apelativos. Para Moraes e Montenegro (2014), ao longo da história a pessoa que faz uso problemático de drogas tem sido descrita como alguém que desenvolveu uso compulsivo de drogas porque não tem limites, porque não introjetou a autoridade paterna adequadamente e por isso demanda controle externo, ou seja, um outro que estabeleça limites ao comportamento compulsivo. Muitos estudos reforçam esse discurso, apontando que a falta de uma figura paterna, falta de monitoramento parental das atividades diárias do filho, dificuldades dos pais em estabelecer regras e limites aos comportamentos dos filhos estão relacionados ao uso problemático de drogas (Broecker & Jou, 2007; Malta, Porto, Melo, Monteiro, Sardinha & Lessa, 2011; Pechansky et.al. 2004). Esses discursos muitas vezes enfatizados pela literatura científica, surgiram nas entrevistas dos familiares por meio de vozes de alguns profissionais e de outros pais de usuários de drogas ajudando a construir práticas discursivas como o estabelecimento de limites e regras, o controle do comportamento do outro e as solicitações de internações involuntária e compulsória.

Implicações desse repertório linguístico, presentes no tempo longo, também foram observadas nos serviços de saúde onde os profissionais apresentaram um comportamento vigilante para evitar conflitos, violência ou desobediência dos usuários. Nesse sentido, a autoridade dos profissionais era altamente valorizada no cuidado de pacientes usuários de drogas. Mesmo que as práticas de controle exercidas pelos profissionais servissem para manter a ordem no serviço, com o tempo estas passaram a ser construídas como resposta a necessidade de controle daqueles que apresentavam comportamento prejudicial à saúde, sendo entendidas como função do tratamento de saúde (Moraes & Montenegro (2014). No entanto, os pacientes podem se sentir pouco acolhidos por esse tipo de prática e abandonar o tratamento.

Os familiares inseridos em contextos que valorizam a abstinência do usuário constroem relações cristalizadas em torno do uso de drogas e passam a se relacionar apenas com o usuário de drogas, deixando de considerar outras descrições da mesma pessoa. Esse tipo de relação dificulta a visualização pelos familiares e usuários da preocupação e cuidado para com o outro. Segundo Ness et al. (2017), pessoas que faziam tratamento devido ao uso de drogas em serviços

de saúde avaliaram como positivo a postura esperançosa e sem preconceitos dos profissionais. O fato de perceberem que os profissionais de saúde realmente queriam ajudá-las e não desistiram delas motivou essas pessoas a continuar o tratamento e gerou bons resultados. Elas também relataram que muitas vezes a ajuda que precisavam ia além do estabelecimento da abstinência, por isso ter relações de confiança com os profissionais os ajudou no tratamento. Os resultados apresentados por este estudo demonstram a importância de cuidar dos familiares de usuários de drogas para que eles possam construir realidades junto com o usuário de drogas.

Se realidades são construídas por meio da linguagem nas nossas relações cotidianas, é também por meio da linguagem que nós podemos mudar a realidade em que queremos viver. Enquanto pessoas que convivem com discursos hegemônicos que descrevem o uso de drogas como problema interno do usuário que tem a “predisposição” para comportamentos compulsivos, os familiares construíram as internações forçadas como melhor intervenção para este problema. No caso da internação involuntária e compulsória a motivação parece ser construída como algo de responsabilidade do usuário de drogas. Ness et al. (2017) apontaram uma construção diferente sobre motivação por meio de um estudo em que pessoas em tratamento devido ao uso de drogas disseram que a forma como os profissionais de saúde falavam, seu o tom de voz, suas expressões faciais e sua linguagem corporal, a forma como eles lhes escutavam e lhes consideravam como ser humano os motivaram a iniciar uma conversa com os profissionais.

Os resultados apresentados neste tema demonstraram a importância da criação de espaços reflexivos que acolham e convidem os familiares a refletir sobre outras estratégias que podem ajudá-los a iniciar uma conversa com o usuário e que contribua para que ele busque tratamento. O desconhecimento do CAPS e CAPSad ou o entendimento de que estes serviços não poderiam ajudar os usuários e o abandono dos tratamentos de saúde com profissionais liberais, bem como a falta de resultados de algumas estratégias utilizadas pelos familiares para ajudar com o familiar a interromper o uso de drogas, foram questões relatadas pelos familiares que nos ajudam a compreender a construção dos sentidos sobre as internações involuntárias e compulsórias.

**ESTUDO DE CASO SOBRE EXPERIÊNCIAS DE UMA MÃE SOLICITANDO
INTERNAÇÕES INVOLUNTÁRIAS E COMPULSÓRIAS PARA SEU FILHO
USUÁRIO DE DROGAS**

9.5 Estudo de caso sobre experiências de uma mãe solicitando internações involuntárias e compulsórias para seu filho usuário de drogas

Nesta seção serão apresentados os resultados do estudo de caso realizado, de acordo com o objetivo específico “analisar discursos envolvidos no processo de busca de internações involuntárias e compulsórias a partir de um estudo de caso de uma das entrevistas realizadas”.

Discurso Individualista e Discurso do Déficit

No início da nossa conversa, perguntei como Helena reagiu quando descobriu que seu filho estava usando drogas. Ela provavelmente foi influenciada pelo discurso individualista, particularmente, pelo discurso de déficit (DD) que está presente em nossa sociedade Ocidental. O discurso do déficit culpa o indivíduo e foca em seus problemas e faltas. Inserida neste mundo discursivo mais amplo, Helena posicionou seu filho como “Carlos, que era hiperativo desde que ele era um garotinho”; “Carlos que sempre teve problemas de comportamento”; “Carlos que é teimoso”; “Carlos que sempre se comportou mal na escola”. Essas posições nos dizem que, a partir da perspectiva de sua mãe (construídas nas diferentes relações desta com professores, médicos, dentre outros), Carlos apresentou comportamentos desviantes do que é considerado normal nesta sociedade, tendo todas as características necessárias para falhar desde sua infância.

Por outro lado, durante a entrevista, observamos que Carlos encontrou uma maneira de construir-se como uma pessoa em harmonia com este discurso dominante, à medida em que se posicionava como “Carlos que não gosta da escola”; “Carlos que se corta”; “Carlos que usa drogas”; “Carlos que foge de internações involuntárias”; “Carlos que abandona tratamentos”. Podemos entender essas posições como uma tentativa de Carlos de ter voz. No entanto, durante a entrevista, um dos efeitos deste discurso dominante foi a desvalorização das tentativas de Carlos de dizer algo diante de posições como “Carlos que é teimoso” e “Carlos que sempre teve problemas de comportamento”. Em nossa conversa, essas posições ajudaram a construí-lo como um menino que falhou, que foi excluído da vida familiar e da sociedade, e que precisa mudar seu estilo de vida. Essas construções fizeram parte das descrições feitas sobre ele como sendo usuário problemático de drogas.

Falando sobre o desenvolvimento de seu filho na escola durante sua infância, Helena posicionou “Carlos como uma criança agitada”; “Carlos que precisava de cuidados psicológicos e psiquiátricos”; “Carlos que só gostava de brincar”. Essas posições ajudaram a construir Carlos

como uma pessoa problemática. Esta narrativa nos ajuda a entender como Carlos ocupava uma posição onde ele acumulava falhas desde uma idade muito precoce. Em sua infância, Carlos ocupava a posição de criança desviante, que não se enquadrava na estrutura escolar convencional. Carlos era diferente dos outros alunos que mantinham sua concentração por horas. Como Helena disse, Carlos já tinha percebido que a escola não era para todos, especialmente, para aqueles como ele que exigem mais atenção.

À medida que cresce, Carlos continuou a ser posicionado por sua mãe como “Carlos que não termina nada”; “Carlos, agitado e agressivo por causa da droga”; “Carlos que não gosta de nada”; “Carlos que não fica quieto, lendo”. Essas descrições ajudaram a construí-lo como uma pessoa impaciente e sem persistência, que não termina nenhum tratamento. Mais uma vez, Carlos foi posicionado como um sujeito que não se encaixa no mundo adulto e foram essas posições que se tornaram centrais na narrativa de sua mãe. É importante notar que as posições como “Carlos, filho amoroso” e “Carlos que faz um pão saboroso”, que fortaleceriam Carlos, foram raras. De fato, essas posições pareceram sucumbir aos relacionamentos que o vitimizam, apontando para ele como incapaz de completar seus tratamentos ou como um usuário de drogas problemático.

Ao mesmo tempo, na narrativa da mãe, ela traz as vozes de profissionais de saúde, posicionando Carlos como “Carlos que não quer crescer”; “Carlos que é filhinho da mamãe”; “Carlos que nunca vai trabalhar”; “Carlos como um paciente que não quer falar de coisas tristes”, colocando-o como inapto para o tratamento voluntário. Posicionado assim, as internações involuntária e compulsória passam a ser as únicas possibilidades para Carlos. Mas dentro das clínicas involuntárias/compulsórias, ele foi novamente posicionado como “Carlos o paciente difícil” e “Carlos que não quer se envolver em atividades laborais”. Como não se comporta de acordo com as regras das clínicas, ele foi novamente visto como problemático e difícil.

Todas as recaídas de Carlos foram descritas como desapontamentos por Helena, que disse acreditar não ser impossível alcançar a recuperação, mas que o usuário de drogas deve querer ser reabilitado. Ela disse que existem muitos exemplos de pessoas que moram em sua vizinhança e pararam de usar drogas. Desta forma, Carlos foi sendo posicionado como uma pessoa definida por suas falhas. E ele também foi sendo posicionado como uma pessoa que não tem os desejos “certos”, posição que irá construí-lo como imoral. Como resultado deste discurso, Carlos continuou sendo internado, involuntariamente ou compulsivamente, até reconhecer a possibilidade de uma vida sem drogas e transformar seu jeito de viver.

Discurso Individualista e Culpabilização da Mãe

Outro discurso que podemos usar para construir a história de Helena é o discurso psicológico. Dentre este, algumas compreensões com base na psicanálise que tem se dedicado ao estudo do relacionamento parental e do desenvolvimento infantil (Borsa, 2007). O discurso psicológico ajuda a construir outra história possível sobre como o uso problemático de drogas surgiu na vida de Carlos e sobre como sua família pode ajudá-lo, construindo determinados posicionamentos.

Mãe superprotetora. Helena disse que ela começou a suspeitar que seu filho estava usando drogas quando ele tinha 10 ou 12 anos de idade. Ao descrever este período, no qual seu filho era adolescente, ela se posicionou como a “mãe que inspeciona as coisas do seu filho”. Este posicionamento continuou quando contou que o filho cresceu e tornou-se um adulto, descrevendo-se como “mãe que vigiava Carlos o tempo todo”; “mãe que controlava o comportamento de Carlos”; “mãe que prestava muita atenção em Carlos”; “mãe que protegia Carlos das coisas ruins”; “mãe responsável por cuidar de Carlos, que é incapaz de cuidar de si mesmo”. Essas posições ajudaram a construir Helena como uma mãe superprotetora. Assim, com o discurso psicológico foi construída uma narrativa de que o relacionamento entre Helena e Carlos, desde que ele era mais jovem, afetou profundamente o desenvolvimento da identidade “adicta” de Carlos, que estava predestinado ao fracasso desde sua infância.

Helena trouxe a voz de um psicólogo que a posicionou como “mãe que mimou Carlos”; “mãe que não impunha limites”; “mãe que não ensinou Carlos a assumir a responsabilidade por suas ações”. Apesar de discordar da opinião deste profissional, mais adiante na entrevista, Helena posicionou-se em consonância com este discurso, descrevendo-se como “a mãe que faz tudo por seu filho”; “a mãe que procura todos os tratamentos para seu filho”; “a mãe que dá tudo que seu filho pede”; “mãe que decidiu sozinha sobre todas as internações forçadas para seu filho”; “mãe legalmente responsável pelo seu filho interditado”. Dentro deste discurso poderíamos dizer que essas posições, assumidas por Helena, sufocam qualquer tentativa de Carlos em expressar seus desejos. Assim, o uso de drogas poderia ser compreendido como uma tentativa de Carlos de se afastar desse relacionamento opressivo.

Mais uma vez, pensando no que seria melhor para seu filho, antes mesmo de começar a entrevista, Helena posicionou-se contra o serviço ambulatorial, CAPSad, justificando que não concordava com a lógica deste serviço de redução de danos. Helena entendia que tal abordagem não funcionaria e não beneficiaria seu filho por não concentrar seus esforços no alcance da abstinência. Nesse sentido, o CAPSad era um serviço onde Carlos podia obter prescrições de

medicação e encaminhamento médico para internações quando ele estava muito mal. Novamente, Helena posicionou-se como “a mãe que sabe o que é melhor para seu filho”. Como efeito desta posição, esse tratamento esporádico realizado no CAPSad não parecia fazer sentido para Carlos, que acabava por não comparecer neste tratamento. E o fato de que Carlos era incapaz de realizar tratamento ambulatorial reforçava a ideia de Helena sobre a internação involuntária ou compulsória como único tratamento para Carlos.

Mãe inadequada. Outra possível narrativa construída com este discurso é sobre Helena como uma mãe inadequada nos primeiros meses da vida de Carlos. Podemos posicionar Helena como uma mãe não suficientemente boa por duas razões: porque ela não respondeu prontamente às necessidades do seu bebê em um período em que o bebê vivia em um estado de dependência absoluta (4 a 6 meses) e, portanto, o bebê experimentou desespero extremo; ou porque Helena não introduziu pequenas frustrações que o bebê era capaz de suportar, impedindo o desenvolvimento adequado do ego da criança (Winnicott, 1965). Um dos efeitos desse discurso seria entender que a identidade de Carlos como “adicto” já estava definida em seus primeiros anos de vida. Outro efeito seria pensar que Helena deveria se engajar em psicoterapia para mudar sua maneira de se relacionar com Carlos para ajudá-lo.

Esse discurso posiciona a mãe como culpada pelo uso de drogas de Carlos. Uma vez que a mãe era considerada inadequada, ela entendia que os especialistas eram os únicos capazes de cuidar de seu filho. Assim, Carlos era isolado da família por meio de internações involuntárias ou compulsórias para alcançar a abstinência. Mas quando ele retornava à sua casa, a família se mostrava impotente para ajudar Carlos, pois não conseguiam fazer com que Carlos continuasse tomando a medicação prescrita pelos médicos das clínicas. Fora da clínica, Carlos não conseguia se manter abstinente por um longo tempo, o que reforçava a ideia de que a família seria o problema. Por outro lado, dentro das clínicas, teoricamente, Carlos receberia cuidados durante 24 horas por profissionais treinados, ou seja, a internação adquiriu um sentido de proteção contra os perigos da rua e das drogas. No entanto, a família permanecia posicionada como frágil diante das violações dos direitos humanos que ocorreram dentro dessas clínicas. Helena me disse que durante uma de suas internações, Carlos perdeu parte da audição depois de ter sido agredido pelos funcionários da clínica em resposta à sua tentativa de fuga.

Mãe impotente. As tentativas de Helena de estabelecer limites no comportamento de Carlos foram desvalorizadas pelos psicólogos. Ela trouxe a voz de um psicólogo que ajudou a construir uma narrativa de que as ações de Helena eram ineficazes, a família era confusa e não alcançava um consenso sobre o que fazer diante desse problema. Esse discurso ajudou a construir a imagem de uma família conflituosa responsável pelo problema de Carlos. Desta

forma, os recursos da família e da mãe vão sendo desvalorizados pela ideia de um modelo parental ideal, necessário para o bom e efetivo desenvolvimento infantil. Helena relatou que tinha vivido muitos conflitos e na construção desta narrativa se posicionou como “a mãe com depressão”; “a mãe que toma antidepressivos”; “a mãe que acompanha o ritmo agitado de seu filho”. Como resultado, Carlos deveria continuar sendo internado involuntariamente ou compulsivamente, uma vez que a internação se tornou um período de tranquilidade, alívio e restauração para sua família.

Discurso alternativo

De acordo com o construcionismo social, construímos nosso mundo e maneiras particulares de ser neste mundo por meio do uso da linguagem, em nossas interações sociais. Em outras palavras, podemos usar uma linguagem diferente para falar sobre o mesmo fenômeno e criar novos entendimentos. E se pudéssemos pensar sobre outra maneira de construir essa narrativa?

Uma vez que estamos conscientes dos sentidos das internações involuntárias e compulsórias e que esses sentidos são construídos dentro das nossas interações sociais, podemos estar conscientes de que a internação é uma opção dentre muitas outras. Essa ideia não é a resposta para o problema de Carlos e Helena, mas pode ser o início de sua jornada. Se Helena tivesse um espaço onde fosse possível refletir sobre estes mundos discursivos nos quais ela e sua família estão inseridos, ela poderia pensar sobre outros discursos que fossem mais úteis para eles. Considerando o discurso relacional como uma alternativa a esses discursos hegemônicos que limitam a construção de outras narrativas, assumindo essa posição relacional ela poderia ter uma conversa diferente com Carlos frente ao posicionamento de “Carlos que gosta de usar crack”. Talvez ela pudesse aceitar que Carlos tenha essa opinião. Não estamos dizendo que Helena deveria concordar com Carlos, mas ela poderia ver que Carlos é tão convencido por sua visão de mundo quanto ela é pela sua própria visão de mundo. Ao adotar uma posição dialógica, ela poderia se manter curiosa sobre Carlos e sua visão de mundo. Uma nova forma de entendimento poderia emergir à medida em que Helena escutasse generosamente Carlos e vice-versa. Ao invés de rejeitar cada visão de mundo do outro, eles poderiam ouvir com o objetivo de entendimento (o que é diferente de acordo). Ao fazê-lo, é provável que sua própria visão de mundo deles não mudasse, mas eles poderiam construir um caminho onde a família se envolvessem uns com os outros na criação de novas formas de entendimento. Isso exigiria que Helena evitasse adotar uma posição na qual ela “já sabe” o que Carlos pensa, sente

e vivência. A construção de uma conversa que enfatiza a história de Carlos para além do uso de drogas poderia ajudar a família a perceber que o uso de drogas pode não ser a melhor escolha, mas seria um grito por ajuda.

Este diagnóstico recebido por Carlos não estaria localizado dentro dele, foi construído num contexto discursivo mais amplo, marcado pelos discursos moral, jurídico/criminal, do déficit e biomédico acerca das pessoas que usam drogas. Tais discursos estão presentes em diferentes contextos, por exemplo, nas universidades, na mídia, nos serviços de saúde, nas conversas cotidianas, dentre outros. Desde a Reforma Psiquiátrica Brasileira novos serviços foram criados com objetivo de substituir as internações prolongadas em instituições asilares tidas como únicas intervenções voltadas para pessoas que receberam algum diagnóstico psiquiátrico. Entretanto, conforme apresentado anteriormente, a existência de tensões na conformação desses serviços substitutivos demonstra os desafios interpostos no processo de transformação da compreensão do problema gerado pelo uso de drogas. Os pressupostos da Reforma Psiquiátrica iam muito além do fechamento das portas dos asilos e criação de novos serviços, mas focavam na transformação da compreensão de pessoas em tratamento e das práticas em saúde mental. O desafio de promover reflexões num plano discursivo mais amplo ainda se faz presente, dificultando o acesso de usuários e familiares a outros recursos. Por meio do discurso relacional Helena poderia questionar os discursos hegemônicos e apresentar uma postura curiosa sobre a história pessoal de Carlos, ela poderia imaginar que Carlos não estava apenas fisicamente “dependente” de drogas, mas estava usando drogas para aliviar outros problemas que ele poderia ter em sua vida. Ela poderia ver que o uso problemático de drogas não define Carlos; ele usa drogas, mas ele ainda é um bom filho, amigo, pai e faz um pão gostoso. Helena poderia perceber que ela acaba usando o diagnóstico recebido pelo filho várias vezes para descrevê-lo e justificar seu comportamento. A participante poderia observar o quanto estes discursos dominantes estiveram presentificados ao longo de nossa conversa, contribuindo para que ela posicionasse seu filho como “Carlos que tem uma história de vida centrada na droga”. Na narrativa de Helena, o uso problemático de drogas desempenhou um papel central e pareceu limitar suas possibilidades de prestar atenção a vida cotidiana de Carlos. Ao apresentar uma narrativa saturada pelo problema, Helena continuou construindo uma realidade saturada pelo problema. Dentro do discurso individualista dominante, internações involuntárias e compulsórias surgiram como uma resposta às relações que colocam a demanda de cuidar do problema no usuário de drogas ou na família. A situação descrita por Helena foi de muito sofrimento e desesperança e não encontrando acolhimento no CAPSAd, ela continuou sem saber o fazer para ajudar o filho. Se Helena encontrasse uma rede de serviços de saúde que pudessem

lhe ajudar a colocar suas ações em dúvida, ela poderia abrir espaços para novas práticas. Ela poderia ver que os profissionais são especialistas em tratamento para usuários de drogas, mas ela é uma especialista em relação ao filho. O discurso relacional busca convidar a participante a se ver como parte do mundo que ela quer construir. O que poderia contribuir para que ela percebesse que talvez separar seu filho da família não é a única ou a melhor escolha naquele momento. Pois ela não pode controlar os sentidos construídos por Carlos a respeito das internações involuntárias e compulsórias solicitadas pela mãe; mãe e filho constroem sentidos de uma maneira diferente. Se Helena tivesse acesso a discursos alternativos aos dominantes como o discurso relacional, ela poderia entender que, para ela, as internações involuntárias e compulsórias significam proteção e cuidado, mas para Carlos, as internações podem significar ser menos amado e ser excluído da família. Por mais que Helena demonstre uma boa intenção, ela não controla os sentidos construídos pelos outros para suas ações.

Isso cria um estranho paradoxo. Ou seja, de um lado temos Helena, uma mãe que se preocupa com o filho, desesperada e que tenta fazer todo o possível para ajudá-lo. Não encontrando um serviço ambulatorial capaz de acolhê-la e acolher seu filho, ela solicitava internações involuntárias e compulsórias toda vez que Carlos recaía; ela fazia isso para protegê-lo contra os perigos da rua e das drogas. E ela esperava que ele se sentisse cuidado por suas ações. Por outro lado, Carlos poderia se sentir expulso de sua casa e isolado da família por causa das internações. Isso poderia encorajá-lo a passar mais tempo nas ruas e a usar mais drogas, reforçando as próximas internações. Nesse sentido, quanto mais Helena se importava, menos ele se sentia cuidado por ela.

Tendo em vista o discurso relacional, talvez Helena pudesse se engajar em um relacionamento com Carlos assumindo uma postura de presença radical (McNamee, 2015). Para isto Helena necessitaria de apoio profissional que lhe ajudasse a se afastar da posição de saber (por exemplo, Helena sente-se certa de que ela “sabe” o que é melhor para Carlos e por que ele usa drogas) e, ao invés disso, assumir uma posição na qual ela possa observar o que eles estão construindo juntos e como eles constroem juntos suas realidades. Ela poderia desistir da posição de “uma mãe responsável por resolver este problema” e Carlos poderia desistir da posição de que “este é o meu problema”. Em outras palavras, concentrando-se no que eles estão construindo juntos por meio de suas interações, Helena e Carlos poderiam adotar uma posição de responsabilidade relacional (McNamee & Gergen, 1999), na qual sua atenção se voltaria para o que eles juntos estão criando ao contrário de focar no que cada indivíduo está fazendo (ou não está fazendo). Eles poderiam construir um relacionamento em que ambos se sentissem ouvidos.

Convites feitos a partir das histórias de Helena

Por meio da nossa conversa, foi possível construir diferentes histórias sobre Helena e seu filho Carlos. As histórias emergiram dentro dos discursos que estão disponíveis em nossas vidas cotidianas e cada discurso oferece posicionamentos específicos para mãe e filho. Essas histórias foram construídas por meio da negociação de algumas posições durante nossa conversa e as outras vozes que Helena trouxe para essa negociação.

Destacamos o discurso do déficit que emergiu dentro da ideologia individualista, amplamente compartilhada na cultura Ocidental, que culpa a pessoa por seus problemas, decisões e ações inadequadas (McNamee, 2002). Assim, influenciada pela lógica individualista, Helena posicionou seu filho como aquela pessoa que não se enquadra nos critérios para o sucesso estabelecidos pela sociedade. A posição disponível dentro deste discurso apresenta Carlos como responsável por seu problema com drogas e, portanto, responsável por resolver esse problema. Segundo Bauman (2007), na sociedade pós-moderna, a pessoa que faz o uso problemático de drogas é considerada um “consumidor defeituoso”, ou seja, o uso inadequado de drogas é visto como resultado da fraqueza do indivíduo e independente das suas interações sociais.

Dentro da tradição individualista, a memória, os sentimentos, os pensamentos e a motivação estão contidos dentro do indivíduo (Gergen, 2000). Nesta visão, a pessoa que falhou precisa mudar sua identidade, formas de ser e desejos. Isso é o que nos referimos como o discurso do déficit. Uma vez que a pessoa tenha corrigido suas deficiências, ela pode voltar a viver dentro da sociedade. O discurso do déficit abre a possibilidade de dizer que Carlos é doente e, portanto, precisa de tratamento individual. Imersa nesse mundo discursivo, vivenciando intenso sofrimento e desesperança em relação aos serviços ambulatoriais, Helena solicitou várias internações involuntárias e compulsória e buscou medicalizar Carlos. De acordo com Foucault (1987), historicamente, o poder disciplinar esteve presente não apenas nas prisões, mas em contextos diferentes, como escolas, hospitais, famílias, exércitos e assim por diante. Essas instituições usavam punição e mecanismos de vigilância para criar corpos dóceis e discipliná-los para alinhar as pessoas segundo as normas da instituição e da sociedade. Atualmente outros tratamentos para pessoas que fazem uso problemático de drogas, como o tratamento de substituição com metadona, também foram criticados porque as autoridades tem usado tais tratamentos como instrumento para disciplinar aqueles que são considerados desviantes e improdutivos dentro da comunidade (Bennett, 2011). Ao ser posicionado como desviante de acordo com o discurso individualista, Carlos é colocado sob o controle de quem

tem conhecimento para transformá-lo em uma pessoa abstinente. Da mesma forma, as internações forçadas constituem uma maneira de punir Carlos por não ter os desejos “certos”.

Este discurso, aliado ao discurso médico, interpreta o uso de drogas como prejudicial para a saúde, contribuindo, portanto, para a construção do consumo de drogas como problemático e da abstinência como importante para a saúde. Com isso, as descrições, “Carlos como filho amoroso” e “Carlos que faz um pão saboroso” são restringidas por outras narrativas como “Carlos como um fracasso” e “Carlos que não se esforça”. Esses discursos também são legitimados pelas práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde. Para Harris e McErrath (2012), as práticas baseadas em punição e em alto nível de regulamentação imposto pelos profissionais de saúde no tratamento de substituição com metadona são sustentadas pelo discurso que entende os usuários de drogas como um grupo desviante e perigoso. Ao mesmo tempo, esse tipo de prática baseada no estigma gera altas taxas de abandono do tratamento, reforçando o discurso dominante de que a falha está contida no indivíduo e não no tratamento. Em um estudo realizado na Inglaterra, muitos usuários de crack e heroína relataram ter abandonado o tratamento porque não queriam estar associados as narrativas estigmatizantes construídas sobre usuários de drogas (Radcliffe & Stevens, 2008).

O discurso psicológico também nos ajuda a construir outra narrativa sobre a relação entre Carlos e Helena. A descrição de Helena como uma mãe inadequada produz a culpa da mãe, pois ela é posicionada como responsável pelo problema de uso de drogas de seu filho. Além disso, os recursos da mãe são desvalorizados em detrimento de um modelo parental ideal para o bom desenvolvimento infantil. Como resultado, a mãe e a família são posicionadas como impotentes para ajudar Carlos. Com isso, Helena recorreu às internações involuntárias e compulsórias por acreditar que os profissionais são os únicos que possuem o conhecimento técnico para cuidar de Carlos. As internações desempenharam um papel de alívio para a família porque esta estava sobrecarregada pelo problema. Sem outros espaços de acolhimento do problema vivido pelo usuário e pelos familiares, a internação foi construída como proteção e cuidado para o usuário de drogas. No entanto, a consequência não intencional dessa prática é que Carlos pode se sentir mais isolado e usar mais drogas.

De acordo com Alexander (2008), o estilo de vida Ocidental tem causado um alto nível de deslocamento que está diretamente relacionado a comportamentos compulsivos. Preconizando as ideias de mercado livre que oferecem uma liberdade excessiva de escolha, a sociedade Ocidental abdicou das relações sociais comunitárias tão valorizadas na cultura tradicional e as pessoas ficaram isoladas de suas relações familiares, crenças religiosas e valores. Desta forma, as internações involuntárias e compulsivas servem para distanciar Carlos

de sua família e sua comunidade, que, por sua vez, o convidam a sentir-se mais deslocado, o que pode contribuir para a ampliação de seu problema com uso de drogas.

Adotando o argumento de Alexander de deslocamento como um discurso, poderia convidar Helena a se envolver em certas práticas e a restringir outras. Na entrevista, Helena continuava a descrever o uso de drogas por meio de uma linguagem binária, bom e mau comportamento, abstinência e redução de danos, normal e anormal, controle e descontrole, e assim por diante. Mas se ela tivesse acesso a espaços que lhe oferecessem recursos que lhe auxiliassem a manter uma posição reflexiva, ela poderia olhar para o uso de drogas de uma maneira diferente? Alguns estudos destacam que as pessoas que consomem crack têm estratégias para controlar seu próprio consumo, interrompendo seu uso em determinados períodos quando necessário, adotando estratégias para reduzir os danos causados por essa droga (Adorno et al., 2013; Harris & Rhodes, 2013; Melo & Corradi-Webster, 2016; Raupp & Adorno, 2011; S. L. Silva, 2017). Nesse sentido, se Helena tivesse acesso a recursos que lhe ajudasse a questionar suas ações, ela poderia ver que o problema das drogas não é preto e branco, e talvez novas práticas poderiam surgir.

Em vez de um indivíduo com características que permanecem iguais ao longo do tempo e dos espaços, a adoção de uma perspectiva relacional nos convida a nos tornar alguém por meio dos nossos relacionamentos e aprender como devemos agir em cada um deles. Ou seja, de cada relacionamento, nós mantemos algumas ações possíveis como emoções, palavras, expressões corporais, dentre outras, e podemos usá-las juntas ou sozinhas dependendo do cenário atual. Por exemplo, muitas pessoas que apresentam uso grave de drogas como crack, heroína e cocaína são capazes de manter o uso controlado de drogas e realizar atividades diárias, mantendo seu uso sem prejudicar suas responsabilidades parentais (Melo & Corradi-Webster, 2016; Radcliffe & Stevens, 2008), e suas atividades de trabalho (Raupp & Adorno, 2015, S. L. Silva, 2017). Nesse sentido, poderíamos ver Carlos além do seu uso de drogas, e ver que, com seus pais, ele assume a identidade de um filho. Este filho também é um pai que, além disso, tem uma identidade profissional como um bom padeiro, e assim por diante. Ele não é simplesmente e nem singularmente um usuário de drogas. Ao contrário, poderíamos dizer que ele se *relaciona* com drogas.

De acordo com o que tomamos como verdade - discurso tradicional, individualista - a motivação reside dentro do indivíduo. Essa maneira de falar convida às práticas de solicitações repetidas de internações involuntárias e compulsórias. Segundo Gergen (2009a), o “mundo interior” convida à alienação, solidão, avaliação permanente e desvalorização das relações. No entanto, a ideia do mundo interior e de motivação foram construídas dentro da coação. Em

nossas vidas cotidianas, por meio da coordenação de palavras e ações dentro de nossos relacionamentos, criamos padrões de ação. Desta forma, a motivação é construída dentro das interações sociais. Isso foi observado entre usuárias de drogas que relataram buscar e manter seu tratamento motivadas pela preocupação com seus filhos (Melo & Corradi-Webster, 2016). Da mesma forma, usuários de crack informaram que as relações e os valores familiares os motivavam a fazer uso controlado da droga (S. L. Silva, 2017). Se Helena tivesse acesso aos recursos que lhe ajudasse a reconhecer que a motivação poderia ser coordenada dentro de seu relacionamento com Carlos, ela poderia se engajar em uma investigação relacional reflexiva com ele, convidando Carlos a falar sobre o que é importante para ele.

Como as coisas poderiam ser diferentes se Carlos pudesse dizer o que ele quer? Para Neale (1999), quando os prestadores de serviços consideram os pontos de vista e as experiências dos usuários de drogas, seu tratamento tem melhores resultados. A desvalorização da opinião de Carlos reforça o papel do discurso do déficit e o ajuda a se permanecer em uma posição de impotência, dificultando a transformação de suas ações. Se ouvíssemos a história de Carlos para além do uso problemático de drogas, poderíamos respeitar e acolher sua história, o que nos ajudaria a criar realidades alternativas.

Isso não significa que as pessoas devem esquecer tudo o que sabem sobre drogas. No entanto, uma vez que entendemos o uso de drogas como construção social, podemos nos questionar sobre a utilidade da internação. Ou seja, precisamos refletir se as internações involuntárias e compulsórias são úteis, como elas são úteis, para quem elas são úteis e quando. Diante das narrativas de Helena e Carlos podemos nos questionar também sobre como os serviços de saúde substitutivos tem se organizado para diminuir ou até mesmo eliminar os tratamentos forçados. Assim, não se trata de qual discurso é correto ou errado. Em vez disso, trata-se de refletir sobre como esses discursos têm sido úteis para as pessoas que fazem uso problemático de drogas e suas famílias. Nunca existe apenas um método para resolução de problemas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção dos objetivos dessa pesquisa ocorreu situada em um contexto histórico e cultural particular. O atendimento às mães de filhos que usavam drogas e a observação do aumento do financiamento público para internações de usuários de drogas levaram a pesquisadora a formular perguntas que a ajudaram a construir as internações involuntárias e compulsórias como objeto de interesse para realização desta pesquisa. Perguntas sobre “Como se dá a construção das internações involuntárias e compulsórias de usuários de drogas no cotidiano das famílias?” e “Como elas entendem essas internações?” contribuíram para a construção do objetivo geral desse trabalho, que foi compreender como os sentidos sobre a internação involuntária ou compulsória da pessoa que usa álcool e outras drogas foram construídos pelos seus familiares.

Diferentes sentidos sobre as internações involuntárias e compulsórias foram construídos pelos familiares de pessoas que usam drogas. Para eles essas internações foram vistas como forma de proteger o usuário de drogas dos perigos encontrados na rua, das ameaças e agressões de traficantes, do risco de morte e de prisão do usuário. Os familiares entenderam as internações como recurso na educação da pessoa que usa drogas, pois o usuário se manteria abstinente a fim de evitar outra internação. Considerando que os familiares estavam imersos em mundos discursivos que enfatizam o uso de drogas como uma doença progressiva e incurável, as internações involuntárias e compulsórias foram vistas como forma de forçar à abstinência imediatamente. As internações também foram construídas pelos participantes como forma de cuidar de usuários de drogas, buscando eliminar características que levam a maior estigmatização deles, como a falta de higiene, que está associada às pessoas que vivem em situação de rua. Por último, essas internações foram descritas pelos familiares como alívio porque oferecem ao usuário de drogas um período de abstinência e, principalmente, porque os familiares ficam sobrecarregados devido aos conflitos entre eles. Nestas situações, a internação foi um período em que a família pode se reorganizar minimamente.

Os participantes desse estudo estavam inseridos em contextos discursivos mais amplos influenciados pelo modelo proibicionista, pelos discursos moral, criminal, biomédico, individualista e da abstinência, discursos historicamente presentes na nossa cultura, e que contribuíram na construção de sentidos sobre as internações involuntárias e compulsórias. As próprias mudanças que ocorreram nos últimos anos no Brasil nas políticas públicas voltadas ao cuidado de pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas demonstraram a hegemonia destes discursos ao enfatizar o financiamento das internações em detrimento das

estratégias de redução de danos enquanto paradigma de cuidado. A associação entre o uso de drogas e aumento da violência fortemente propagado pela mídia também é um exemplo da amplitude destes discursos. No cotidiano dos familiares participantes deste estudo, destaca-se o fato destes terem participado das reuniões do AE que ressaltam a necessidade dos pais colocar limites diante de um comportamento inadequado do filho. Esta vinculação pode ter contribuído para que alguns destes discursos estivessem presentes nas narrativas dos familiares de forma mais acentuada. Muitas vezes os familiares relataram que as internações forçadas eram naturalizadas como as melhores formas de alcançar a abstinência entre os participantes do grupo.

As pessoas coordenam suas práticas juntas trazendo com elas recursos históricos, culturais e relacionais. Em seguida, essas práticas se tornam ritualizadas e a partir desses rituais criam-se padrões e expectativas, os quais gerarão valores e crenças (McNamee, 2014). Nesse sentido, as famílias tendo como recurso o entendimento de que o uso de drogas é um comportamento inadequado compartilhado em sua comunidade passam a coordenar suas práticas a partir da busca de internações. Rapidamente essas práticas se tornam ritualizadas, ou seja, as famílias passam a recomendar esse tipo de internação para outras famílias que vivem o mesmo problema e a solicitá-las sempre que o uso de drogas surge. A partir das práticas ritualizadas, as famílias esperam que a abstinência seja mantida, caso contrário, o usuário será internado novamente, porque este é o recurso que elas conhecem dentro do seu contexto histórico e cultural. Dessa forma, realidades são construídas nas quais as internações involuntárias e compulsórias podem ser entendidas como proteção, punição, abstinência, cuidado e alívio.

Nesse sentido, os demais três temas nos ajudam a compreender como os sentidos sobre internações involuntária e compulsória foram construídos. O sofrimento e preocupação dos familiares diante das consequências do uso problemático de drogas que envolvem suas descrições sobre perdas na vida do usuário de drogas e as percepções sobre mudanças do comportamento do usuário e de estigma em relação aos usuários e às suas famílias dentro da sociedade, contribuiu para que as internações forçadas fossem construídas como forma de cuidado, proteção, alívio, abstinência e educação. À medida em que a família se posiciona como contrária ao uso ela passa a adotar uma postura de confronto em relação ao uso de drogas. Surgem muitos conflitos e os familiares os vivenciam com sentimentos como culpa, frustração, desespero, vergonha, tristeza, medo e desesperança. Além disso, a reduzida participação dos pais nos grupos de mútua ajuda, tendo em vista que foram entrevistados apenas dois pais, acaba intensificando estes sentimentos porque o papel de cuidar do parente usuário de drogas fica

centralizado nas mães do usuário. Sobrecarregada e sem saber o que fazer, a família percebeu as internações forçadas como única intervenção possível em um momento de desespero. Além disso, os familiares narraram tentativas de ajudar o usuário de drogas ao tentar conversar com ele, colocar limites ao comportamento e ameaçá-lo com internação. Ao não observarem mudanças no padrão de consumo do parente, as famílias entenderam ser útil solicitar as internações forçadas. Alguns familiares relataram que a internação foi o primeiro tratamento buscado para seu parente porque não conheciam outros tratamentos além deste. Relataram que geralmente procuraram tratamento de saúde individuais na rede privada, tais como consulta ao psiquiatra ou psicoterapia, mas o usuário abandonava tais tratamentos. Os entrevistados disseram não ter procurado o CAPSad por não conhecerem o serviço ou por não acreditarem que este poderia ajudar o usuário de drogas ou por este serviço não existir em seu município. A dificuldade dos familiares em acessar os equipamentos de saúde somadas às insuficiências destes em acolher as demandas dos usuários de drogas e de seus familiares também nos auxilia a compreender como os sentidos sobre as internações involuntárias e compulsórias foram construídos.

Tais resultados apontam os desafios na conformação do cuidado em saúde mental para pessoas que fazem uso problemático de drogas. Ao longo das entrevistas os familiares destacaram a inexistência de outras alternativas para além das internações forçadas. O desconhecimento dos familiares sobre o CAPSad, a desesperança em relação a atuação deste serviço, a inexistência ou insuficiência deste no município, a falta de outros equipamentos de apoio e a desarticulação da rede demonstram que os mesmos discursos hegemônicos que influenciaram as famílias a buscar as internações forçadas também ditam as políticas públicas. Percebe-se, então, que as políticas públicas não tem sido capazes de oferecer alternativas para manejar as questões que são trazidas pelas famílias. Assim, apesar dos familiares terem demonstrado sofrimento e desesperança ao perceberem que as internações forçadas também não têm bons resultados, não tendo outros recursos, eles buscaram novas internações forçadas. Foi observada a necessidade de investimentos financeiros por parte do Estado na ampliação da rede de serviços de saúde, na divulgação dos serviços disponíveis na comunidade e na qualificação dos profissionais que atuam no campo de álcool e outras drogas.

Por meio do estudo de caso foi possível detalhar vários discursos envolvidos nas solicitações de internações involuntárias e compulsórias feitas pela mãe de um usuário de drogas. Os resultados destacaram que o discurso individualista, especialmente o discurso do déficit, sustentaram uma narrativa sobre falhas acumuladas na trajetória de vida de seu filho. Considerando que aquelas narrativas que fortalecem seu filho foram raras e, na maioria das

vezes, desvalorizadas, seu filho pareceu ter voz apenas por meio do uso de drogas. O discurso psicológico, particularmente algumas compreensões com base na psicanálise, nos ajudou a construir três histórias sobre a mãe. Por meio dele, ela poderia ser descrita como mãe superprotetora, mãe inadequada e mãe impotente. Na entrevista da participante as vozes dos profissionais psicólogos apareceram posicionando a mãe como culpada pelo uso de drogas de seu filho e como alguém que apresentava tentativas erradas de estabelecer limites no comportamento de seu filho. Todas essas narrativas ajudaram a construir as internações involuntária e compulsória como as únicas possibilidades para atingir a abstinência e trazer alívio para a família. No entanto, o estudo de caso mostrou que o usuário não conseguia se manter abstinente fora da clínica por um longo tempo, o que reforçava a busca de novas internações.

A partir do discurso relacional foi descrita uma narrativa alternativa sobre a experiência da participante do estudo de caso. Sugere-se a criação de espaços que possibilitem conversas colaborativas entre os familiares, nas quais estes possam se manter curiosos sobre a visão de mundo do outro, criando um contexto onde novas formas de entendimento possam surgir. Ao fazê-lo, poderiam ver que a internação involuntária e compulsória é uma opção entre muitas outras, podendo construir um caminho onde a família caminhe junta, criando novas possibilidades.

O rompimento com o discurso dominante que reivindica as internações como melhor e única solução para pessoas que apresentam uso problemático de drogas abre a possibilidade de explorar os fatores sociais envolvidos na construção do problema. Isso não quer dizer que as drogas não causam prejuízos a saúde, mas também não quer dizer que devemos fazer julgamentos imediatos. Uma outra possibilidade seria entender que o deslocamento social coloca as pessoas em risco para o consumo de drogas. Dentro dessa narrativa, afastar a pessoa da sua família, amigos e comunidade poderia fazer com que ela se sentisse mais deslocada, intensificando seu problema.

Este estudo demonstrou a existência de desafios na construção das políticas públicas sobre álcool e drogas, influenciadas pelos discursos hegemônicos sobre uso de drogas, que tem investido no financiamento de internações prolongadas. Nesse sentido, novos estudos são relevantes para nos ajudar a refletir sobre como a rede de saúde pode se organizar para oferecer recursos que reduzam ou ainda eliminem a demanda por internações forçadas, sobre como a Psicologia pode ajudar as famílias a desnaturalizar as internações involuntárias e compulsórias e a se engajar com o usuário de modo diferente e sobre como os profissionais de serviços ambulatoriais podem construir relações que acolham familiares e usuários de drogas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS²

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Adiala, J. C. (1996). *A criminalização dos entorpecentes*. (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Sociologia Política, IUPERJ, Rio de Janeiro.
- Adiala, J. C. (2011). *Drogas, medicina e civilização na primeira república* (Tese de Doutorado, História das Ciências e da Saúde, Casa de Oswaldo Cruz / Fiocruz). Recuperado de <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/17765>
- Adorno, R. C. F., Rui, T., Silva, S. L., Malvasi, P. A., Vasconcellos, M. P., Gomes, B. R., & Godoi, T. C. (2013). Etnografia da crackolândia: notas sobre uma pesquisa em território urbano. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 04-13. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2246/2646>
- Adorno, R. C. F. (2014). Consumos de Saúde e os Corpos Vulneráveis na Sociedade Brasileira [Editorial]. *Saúde Sociedade São Paulo*, 23(1), 7-11. doi: 10.1590/S0104-12902014000100100
- Albarracín, D. G. E., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., & Wright, M. G. M. (2009). El consumo de drogas y su tratamiento desde la perspectiva de familiares y amigos de consumidores en Bogotá, Colômbia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 788-795. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700006>
- Alexander, B. K. (2008). *The Globalisation Of Addiction: A Study In Poverty Of The Spirit*. Oxford, Canada: Oxford University Press.
- Alexander, B. K., Coombs, R. B., & Hadaway, P.F. (1978). The effect of housing and gender on morphine self-administration in rats. *Psychopharmacology*, 58(2), 175-179. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF00426903>
- Alves, C. C. F., & Silveira, R. P. (2011, outubro/dezembro). Família e redes sociais no cuidado de pessoas com transtorno mental no acre: o contexto do território na desinstitucionalização. *Revista de APS*, 14(4), Recuperado de <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1298/557>
- Alves, V. S. (2009). Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(11), 2309-2319. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009001100002>
- Amadera, G. D., Ramos, A. C., & Galduróz, J. C. F. (2013). Internação compulsória de dependentes de cocaína/crack em comunidades terapêuticas: avaliação de eficácia e aceitação. Resumo apresentado no 22 Congresso Brasileiro da Associação Brasileira de Estudos do Álcool e outras Drogas, *Controvérsias em Dependência Química: Ciência e Sociedade* (pp. 1-1). Búzios, RJ.

² De acordo com o estilo APA (American Psychological Association).

- Amarante, P., & Diaz, F. S. (2012). Os movimentos sociais na reforma psiquiátrica. *Cadernos Brasileiros de Saúde Mental*, 4(8), 83-95. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/cbsm/article/view/2022>
- Amarante, P. (1995). Novos Sujeitos, Novos Direitos: O Debate em Torno da Reforma Psiquiátrica. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(3), 491-494.
- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Amor Exigente. (n.d.). *Sobre o Amor Exigente*. Recuperado de <http://amorexigente.com.br>
- Araujo, K. M. (2012). *O uso abusivo de álcool e outras drogas e o enfrentamento desta questão pela família do usuário*. (Dissertação mestrado, Enfermagem, Universidade Guarulhos). Recuperado de <http://tede.ung.br/bitstream/123456789/424/1/Keila+Maria+Araujo+1.pdf>
- Arenari, B.e Dutra, R. (2016). A construção social da condição de pessoa: premissas para romper o círculo vicioso de exclusão e uso problemático do crack. In organização, J. Souza (Org.). *Crack e exclusão social* (pp. 191-208). Brasília, GO: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Recuperado de <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-115213-001.pdf>
- Aronoff, G.M. (2000). "Opioids in Chronic Pain Management: Is There a Significant Risk of Addiction?" *Current Review of Pain*, 4(2), 112–121. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11916-000-0044-0>
- Assis, J. T., Barreiros, G. B., & Conceição, M. I. G. (2013). A internação para usuários de drogas: diálogos com a reforma psiquiátrica. *Revista Latinoamericana Psicopatologia Fundamental*, 16(4), 584-596.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: a review. *Pharmacoeconomics*, 26, 149–162.
- Azevedo, D. M., & Miranda, F. A. N. (2010). Práticas profissionais e tratamento ofertado nos CAPSad do município de Natal-RN: com a palavra a família. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 56-63.
- Azevedo, D. M., & Miranda, F. A. N. (2011a). A representação social de familiares nos centros de atenção psicossocial. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(2), 354-360.
- Azevedo, D. M., & Miranda, F. A. N. (2011b). Oficinas terapêuticas como instrumento de reabilitação psicossocial: percepção de familiares. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 15(2), 339-345.
- Badagnan, H. F., Brito E. S., & Ventura, C. A. A. (2013). Reflexões Acerca das Comunidades Terapêuticas na Rede Comunitária de Saúde Mental do Brasil. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical Law and Bioethics*, 3(1), 29-39.

- Bandeira, M., Lesage, A., & Morissette R. (1994). Desintitucionalização: importância da infraestrutura comunitária de saúde mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 43(12), 659-666.
- Bastos, F. I., & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? Quantos são nas capitais brasileiras?*. Rio de Janeiro, RJ: Editora ICICT/FIOCRUZ.
- Bauman, Z. (2007). *Consuming life*. Cambridge, United Kingdom: Polity Press.
- Becker, G. S., Murphy, K. M., & Grossman, M. (2004). The economic theory of illegal goods: the Case of drugs. *The National Bureau of Economic Research*, (10976), 1-37. doi: 10.3386/w10976
- Becker, H. S. (2008). *Outsiders. Estudos de sociologia do desvio* (M. L. X. Borges, trad., K. Kuschnir, rev. técnica). Rio de Janeiro, RJ: Zahar.
- Bennett, C. (2011). Methadone maintenance treatment: disciplining the ‘addict’. *Health and History*, 13, 130-157. Recuperado de http://www.jstor.org/stable/10.5401/healthhist.13.2.0130?seq=1#page_scan_tab_contents
- Beresford, P., & Carr, S. (2012). *Social care, service users and user involvement*. London, UK: Jessica Kingsley Publishers.
- Berridge, V. (1994). Dependência: história dos conceitos e teorias. In G. Edwards & M. Lader (Orgs.). *A natureza da dependência das drogas* (pp.13-34). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Bertaux, D. (1981). *Biography and society: The life history approach in the social sciences*. Beverly Hills, CA: Sage.
- Bezerra, I. C., Jorge, M. S. B., Vasconcelos, M. G. F., Lima, L. L., & Gondim, A. P.S. (2014). ‘Fui lá no posto e o doutor me mandou foi pra cá’: processo de medicamentação e (des)caminhos para o cuidado em saúde mental na atenção primária. *Interface (Botucatu)*, 18(48), 61-74. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0650>
- Blomqvist, J. (2004) Sweden’s “War on Drugs” in the Light of Addicts’ Experiences. In P. Rosenqvist, J. Blomqvist, A. Koski-Jännes & L. Öjesjö (Eds.). *Addiction and life course* (pp. 139-171). Helsinki, Finland: Nordic Council for Alcohol and Drug Research.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2001). *Psicologias: uma introdução ao estudo de Psicologia* (13a ed.). São Paulo, SP: Saraiva.
- Bonsack, C., & Borgeat, F. (2005). Perceived coercion and need for hospitalization related to psychiatric admission. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(4), 342-347. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2005.03.008>
- Borba, L. O., Paes, M. R., Guimarães, A. N., Labronici, L. M., & Maftum, M. A. (2011). A família e o portador de transtorno mental: dinâmica e sua relação familiar. *Revista da*

- Escola de Enfermagem da USP*, 45(2), 442-449. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000200020>
- Borsa, J. C. (2007). Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. *Revista Contemporânea*, 2, abr./maio/jun. Recuperado de <http://www.revistacontemporanea.org.br/revistacontemporaneaanterior/site/wp-content/artigos/artigo89.pdf>
- Bourgois, P. (2010). *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem* (F. M. Castrillo, trad.) Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores Argentina.
- Brasil. (2014). *Prevenção dos problemas relacionados ao uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias* (6a ed.). Ministério da Justiça, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC.
- Braun, L. M., Dellazzana-Zanon, L. L., & Halpern, S. C. (2014). A família do usuário de drogas no CAPS: um relato de experiência. *Revista da SPAGESP*, 15(2), 122-144.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. Recuperado de <http://eprints.uwe.ac.uk/11735>
- Broecker, C. Z. & Jou, G. I. (2007). Práticas educativas parentais: A percepção de adolescentes come sem dependência química. *PsicoUSF*, 12(2), 269-279. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v12n2/v12n2a15.pdf>
- Burr, V. (2015). *Social Constructionism* (3rd ed.). New York, NY: Routledge.
- Caitlin, E. H., & Stevens, A. (2010). What Can We Learn from the Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs, *The British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/bjc/azq038>
- Calábria, O. (2007). Dependência química e liberdade: a filosofia e o tratamento da codependência. *Interações, Cultura e Comunidade*, 2(2), p. 65-79. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313027309004>
- Cardoso, C. C. L., & Salina, M. F. (2013). *Internação compulsória de dependentes de crack: um olhar dos gerentes dos serviços de tratamento da rede pública de Bauru-SP*. (Trabalho de Conclusão de Curso, Instituição Toledo de Ensino Bauru). Recuperado de <http://www.defensoria.sp.gov.br/dpesp/Repositorio/0/Documentos/TC%20Final%20Cinira%20C%20%20L%20%20Cardoso%20e%20Micheli%20F%20%20Salina.pdf>
- Carlini, E. A. (2006). A história da maconha no Brasil. *Jornal brasileiro de psiquiatria*, 55(4), 314-317.
- Carneiro, H. (2010). *Bebida, Abstinência e Temperança: na história antiga e moderna*. São Paulo, SP: SENAC.
- Carneiro, H. (2011). O corpo sedento: bebidas na história do Brasil. In M. Priore & M. Amantino (Orgs.). *História do corpo no Brasil* (pp. 131-156). São Paulo, SP: Editora da Unesp.

- Carvalho, B., & Dimenstein, M. (2017). Análise do Discurso sobre Redução de Danos num CAPSad III e em uma Comunidade Terapêutica. *Temas em psicologia*, 25(2), 647-660. doi: 10.9788/TP2017.2-13
- Carvalho, C. M. S., Oliveira A. B., & Martins, L. M. S. (2014). Vivências de mães de usuário de crack: sentimentos e implicações sociais. *Revista Interdisciplinar*, 7(3), 121 -130.
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro, RJ: Edições Graal.
- Castilho, E. W. V. (2012). A eficácia invertida da internação involuntária. In: Conselho Federal de Psicologia. *Drogas e Cidadania: em debate* (pp. 35-38). Brasília, GO: CFP.
- Cavalheri, S. C. (2010). Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(1), 51-57.
- Clarke, V., & Braun, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London, UK: Sage. Recuperado de <http://eprints.uwe.ac.uk/21156>
- Coelho, I., & Oliveira, M. H. B. (2014, abril/junho). Internação compulsória e crack: um desserviço à saúde pública. *Saúde Debate*, 38(101), 359-367.
- Cohen, P. (2009). The Naked Empress. Modern neuro-science and the concept of addiction. Presentation at the *12th Platform for Drug Treatment* (61-70). Mondsee, Austria. Recuperado de <http://www.cedro-uva.org/lib/cohen.empress.html>
- Colvero, L. A., Ide, C. A. C., & Rolim, M. A. (2004). Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 38(2), 197-205. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342004000200011>
- Conselho Federal de Psicologia. (2011). *Relatório da 4ª Inspeção Nacional de Direitos Humanos: locais de internação para usuários de drogas*. Brasília, GO: Conselho Federal de Psicologia.
- Conselho Federal de Psicologia. (2013). *Referências técnicas para Atuação de Psicólogos(os) no CAPS- Centro de Atenção Psicossocial*. Brasília, GO: Conselho Federal de Psicologia.
- Constituição da República Federativa do Brasil. (1988, 05 de outubro). Recuperado de <http://www.senado.gov.br/sf/legislacao/const/>
- Cooter, R.J. (1976). Phrenology and British Alienists, c. 1825–1845, Part II: Doctrine and Practice. *Medical History*, 20(2), 135–151. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1081733/>
- Corradi-Webster, C. M. (2009). Consumo problemático de bebidas alcoólicas por mulheres: discursos e histórias. (Tese de doutorado, Departamento de Psicologia e Educação, Universidade de São Paulo).

- Corradi-Webster, C. M. (2013). Consumo de Drogas: Considerações sobre a Clínica no Contexto do SUS. *Saúde & Transformação Social*, 4(2), 14-20. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2242>
- Courtwright, D. T. (2001). *Forces of Habit: Drugs and the Making of the Moderns World*. Massachusetts, Ma: Harvard.
- Decreto n. 4.294 de 6 de julho de 1921*. (1921, 6 de julho). Estabelece penalidades para os contraventores na venda de cocaína, opio, morfina e seus derivados; cria um estabelecimento especial para internação dos intoxicados pelo álcool ou substâncias venenosas; estabelece as formas de processo e julgamento e manda abrir os créditos necessários. Rio de Janeiro: Presidência da República. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-4294-6-julho-1921-569300-republicacao-92584-pl.html>
- Decreto n. 14.969 de 3 de Setembro de 1921*. (1921, 3 de setembro). Aprova o regulamento para a entrada no país das substâncias tóxicas, penalidades impostas aos contraventores e sanatório para toxicômanos. Rio de Janeiro: Presidência da República. Recuperado de <http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1920-1929/decreto-14969-3-setembro-1921-498564-publicacaooriginal-1-pe.html>
- Decreto n. 7179 de 20 de maio de 2010*. (2010, 20 de maio). Institui o Plano Integrado de Enfrentamento ao Crack e outras Drogas, cria o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7179.htm
- Decreto n. 6.135, de 26 de junho de 2007*. (2007, 26 de junho). Dispõe sobre o Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de <http://www.soleis.com.br/D6135.htm>
- Delbon, F., Da Ros, V., & Ferreira, E. M. A. (2006). Avaliação da disponibilização de Kits de redução de danos. *Saúde e Sociedade*, 15(1), 37-48.
- Delgado, P. G. G. (2011). Democracia e reforma psiquiátrica no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(12), 4701-4706.
- De Mello, J. M. P. (2010). Assessing the crack hypothesis using data from a crime wave: the case of São Paulo. *Department of Economics PUC-Rio (Brazil)*, (586), 1-29. Recuperado de <http://www.econ.puc-rio.br/uploads/adm/trabalhos/files/td586.pdf>
- Doria, R. (1958). Os fumadores de maconha: efeitos e males do vício – memória apresentada ao II Congresso Científico Pan-americano, reunido em Washington D.C., a 27 de dezembro de 1915. In *Comissão Nacional de Fiscalização de Entorpecentes. Maconha: coletânea de trabalhos brasileiros* (pp. 1-10). Rio de Janeiro, RJ: Serviço Nacional de Educação Sanitária.
- Duarte, P. C. A. V., Stempliuk, V. A., & Barroso, L. P. (Orgs.). (2009). *Relatório brasileiro sobre drogas*. Brasília, GO: SENAD.

- Egerton, F. N. (2006). A history of the ecological sciences, Part 19: Leeuwenhoek's microscopic natural history. *Bulletin of the Ecological Society of America*, 87, 47-58. doi: 10.1890/0012-9623(2006)87[47:AHOTES]2.0.CO;2
- Elias, L. A., & Bastos, F. I. (2011, dezembro). Saúde pública, redução de danos e a prevenção das infecções de transmissão sexual e sanguínea: revisão dos principais conceitos e sua implementação no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4721-4730.
- Escotado, A. (2008). *História General de las Drogas: incluyendo el apêndice Fenomenologia de las Drogas*. Madrid, Espanha: Espasa Calpe.
- Esteves, R. B., Cardoso, L. & Corradi-Webster, C. M. (2014). Instituição total e juventude: análise de uma narrativa cinematográfica. *Revista da SPAGESP*, 15(2), 63-76.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2015). *Alternatives to punishment for drug-using offenders*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. doi: 10.2810/60310
- Fabris, D. R., & Zanchetti, I. (2014, julho). La comprensión de las familias de niños y adolescentes dependientes de sustancias psicoactivas, atendidas en el servicio de psiquiatría del Hospital Universitario del Oeste de Paraná-HUOP. *Revista Amauta*, (24), 175-189. Recuperado de <http://investigaciones.uniatlantico.edu.co/revistas/index.php/Amauta/article/view/1078>
- Fagan, J. (1993). Interactions Among Drugs, Alcohol, and Violence. *Journal Health Affairs*, 12(4), 65-79. Recuperado de <https://doi.org/10.1377/hlthaff.12.4.65>
- Fatureto, M. L. P. (2016). *Sentidos construídos com equipes de saúde mental sobre o cotidiano das internações compulsórias*. (Dissertação de mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Fernandes, F. C. (2015). *Psicologia ambiental na promoção de saúde para dependentes. Químicos: uma proposta para psicólogos clínicos em comunidades terapêuticas*. (Tese de doutorado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia: Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo) Recuperado de <https://tede2.pucsp.br/handle/handle/15416>
- Ferreira, A. B. H. (2006). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa*. Curitiba, PR: Positivo Livros.
- Ferreira, F. G. K. Y., Luz, J. A., Obrzut-Neto, L., & Santos, K. A. (2005 maio/agosto). Uma visão multiprofissional humanizada no tratamento da pessoa com dependência química em enfermaria psiquiátrica de um hospital geral no Paraná. *Cogitare Enfermagem*, 10(2), 54-62. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v10i2.5009>
- Fingarette, H. (1988). *Heavy drinking: the myth of alcoholism as a Disease*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Fiore, M. (2005). A medicalização da questão do uso de drogas no Brasil: reflexos acerca de debates institucionais e jurídicos. In R.P. Venâncio & H. Carneiro (Orgs.). *Álcool e*

drogas na história do Brasil (pp. 257-290). São Paulo/Belo Horizonte, SP/MG: Alameda/Editora PUC Minas.

Foucault, M. (1987). *Vigiar e Punir* (R. Ramalheite, trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Foucault, M. (1993). *História da loucura*. (3ed.) São Paulo, SP: Perspectiva.

Foucault, M. (2009). *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: RJ: Forense Universitária.

Fraga, M. N. O., Souza, A. M. A., & Braga, V. A. B. (2006). Reforma Psiquiátrica Brasileira: muito a refletir. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 207-211. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002006000200013>

França, J. M. C. (2015). *História da Maconha no Brasil*. São Paulo, SP: Três Estrelas.

Fraser, M. T. D., & Gondim, S. M. G. (2004). Da fala do outro ao texto negociado: Discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. *Paidéia*, 14(28), 139 -152.

Fossi, L. B., & Guareschi, N. M. F. (2015). O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia Rio de Janeiro*, 15(1), 94-115. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v15n1/v15n1a07.pdf>

Furlan, A.D. (2006). Opioids for Chronic Noncancer Pain: A Meta-analysis of Effectiveness and Side Effects, *CMAJ*, 174(11), 1589–94. doi: 10.1503/cmaj.051528

Gergen, K. J. (1997). *Realities and relationships*. Cambridge, UK: Harvard University Press.

Gergen, K. J. (2000). *The Saturated Self: Dilemmas of identity in contemporary life* (2nd ed.). New York, NY: Basic Books.

Gergen, K. J. (2009a). *Relational being: Beyond self and community*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Gergen, K. J. (2009b). O movimento do construcionismo social na psicologia moderna. *Revista Internacional Interdisciplinar Inthertesis*, 19(2), 299-320. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-1384.2009v6n1p299/10807>

Gergen, M. M., & Gergen, K. J. (2011). Qualitative inquiry: Tensions and transformations. In N. Denzin & Y.S. Lincoln (Eds.). *The sage handbook of qualitative research* (4a ed.). London, UK: SAGE Publications.

Gergen, K. J. (2015). *An invitation to social construction* (3rd ed.). London, UK: Sage Publications.

Gergen, K. J. & McNamee, S. (2000). From disordering discourse to transformative dialogue. In R. Neimeyer & J. D. Raskin, (Eds.). *The construction of disorder* (pp. 333-349). Washington, DC: American Psychological Association.

- Giacco, D., Fiorillo, A., Vecchio, V., Kallert, T., Onchev, G.,...Raboch, J. (2012). Caregivers' appraisals of patients' involuntary hospital treatment: European multicentre study. *The British Journal of Psychiatry*, 201(6), 486-91. doi: 10.1192/bjp.bp.112.112813.
- Gibbs, A., Dawson, J., Ansley, C., & Mullen, R. (2005). How patients in New Zealand view community treatment orders. *Journal Mental Health*, 14(4), 357-68. doi: 10.1080/09638230500229541.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, Prisões e Conventos* (6a ed.). São Paulo, SP: Editora Perspectiva.
- Goldstein, P. J., & Brownstein, H. H. (1987). *Drug-Related Homicide in New York: 1984 and 1988*. (A report to the National Institute of Justice). Rockville, U.S, 38(4), Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0011128792038004004>
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. R. (2001, março). A reforma psiquiátrica no Brasil: contextualização e reflexos sobre o cuidado com o doente mental na família. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 9(2), 48-55. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000200007>
- Granfield, R. & Cloud, W. (1999). *Coming clean: overcoming addiction without treatment*. New York, NY: New York University Press.
- Guanaes, C., & Japur, M. (2003). Construcionismo Social e Metapsicologia: Um Diálogo sobre o Conceito de Self. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (2), 135-143.
- Hacking, I. (1999). *The social construction of what?* Cambridge, MA: Harvard University Press. Recuperado de <https://larvalsubjects.files.wordpress.com/2011/01/hacking-the-social-construction-of-what2.pdf>
- Hall, W., Babor, T., Edwards, G., Laranjeira, R., Marsden, J.,...Miller, P. (2012). Compulsory detention, forced detoxification and enforced labour are not ethically acceptable or effective ways to treat addiction. *Addiction*, 107, p 1891–1893. doi: 10.1111/j.1360-0443.2012.03888.x
- Harding, G. (1986). Constructing addiction as a moral failing. *Sociology of Health & Illness*, 8, 75–85. doi: 10.1111/1467-9566.ep11346491.
- Hari, J. (2015). *Chasing the scream: The first and last days of the war on drugs*. New York, NY: Bloomsbury.
- Harré, R., & van Langenhove, L. (Eds.). (1999). *Positioning theory*. United Kingdom, UK: Blackwell Publishers Ltd.
- Harris, J., McElrath, K., (2012). Methadone as social control: institutionalized stigma and the prospect of recovery. *Qualitative Health Research*, 22(6), 810-824. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1177/1049732311432718>

- Harris, M., & Rhodes, T. (2013). Methadone diversion as a protective strategy: The harm reduction potential of 'generous constraints'. *International Journal of Drug Policy*, 24(6), 43–50. Recuperado de [http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955-3959\(12\)00154-5](http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0955-3959(12)00154-5)
- Hart, C.L., Haney, M., Foltin, R.W., & Fischman, M.W. (2000). Alternative reinforcers differentially modify cocaine selfadministration by humans. *Behavioural Pharmacology*, 11(1), 87–91. Recuperado de <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=10821213>
- Heckathorn, D. D. (2011, agosto). Comment: snowball versus respondent-driven sampling. *Sociological Methodology*, 41(1), 355–366. doi: 10.1111/j.1467-9531.2011.01244.x
- Hedrich, D. (2004). *European report on drug consumption rooms*. Lisbon, Portugal: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.
- Hedrich, D., Kerr, T., & Dubois-Arber, F. (2010). Drug consumption facilities in Europe and beyond. In T. Rhodes & D. Hedrich (Eds.). *Harm reduction: Evidence, impact and challenges EMCDDA monographs10* (pp. 306–331). Lisbon, Portugal: EMCDDA.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Hoge, S. K., Lidz, C., Mulvey, E., Roth, L., Bennett, N.,...Siminoff, L. (1993). Patient, Family, and Staff Perceptions of Coercion in Mental Hospital Admission: An Exploratory Study. *Behavioral Sciences & the Law*, 11(3), 281-293. doi: 10.1002/bsl.2370110306
- Hughes, C. E. & Stevens, A. (2010). What can we learn from the Portuguese decriminalization of illicit drugs? *British Journal of Criminology*, 50(6), 999-1022. doi: <https://doi.org/10.1093/bjc/azq038>
- Iñiguez, L. (2004). *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes.
- Jankovic, J., Yeeles, K., Katsakou, C., Amos T., Morriss, R.,...Rose, D. (2011). Family caregivers' experiences of involuntary psychiatric hospital admissions of their relatives – a qualitative study. *PLoS One*, 6(10), 1-7. Recuperado de <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0025425>
- Karam, M. L. (2003). Redução de danos, ética e lei: os danos da política proibicionista e as alternativas compromissadas com a dignidade do indivíduo. In C. Sampaio & M. Campos (Orgs.). *Drogas, dignidade e inclusão social: a lei e a prática de redução de danos* (pp. 45-97). Rio de Janeiro, RJ: ABORDA.
- Kinoshita, R. T., Silva, R., & Silveira, D. X. (2013). *Política atual de álcool e outras drogas e perspectivas*. In: *Conselho Federal de Psicologia*. Drogas, Direitos Humanos e Laço Social. Brasília, GO: CFP.
- Koutsoukos, S. S. M. (2006). *No estúdio do fotógrafo: representação e autorepresentação de negros livres, forros e escravos no Brasil da segunda metade do século XIX*. (Tese de doutorado, Instituto de Artes, Universidade Estadual de Campinas) Recuperado de

<http://www.dobrasvisuais.com.br/wp-content/uploads/2012/08/Negros-no-Est%C3%BAdio-do-Fot%C3%B3grafo-Sandra-Koutsoukos.pdf>

- Lacerda, C. B., & Fuentes-Rojas, M. (2017). Significados e sentidos atribuídos ao Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas (CAPS AD) por seus usuários: um estudo de caso. *Interface (Botucatu)*, 21(61), 363-72. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622016.0060>.
- Lancetti, A. (2006). *Clínica peripatética políticos, saberes e práticas*. São Paulo, SP: Hucitec.
- Lima, H. A., Morais, M. L. S., Rosa, T. E. C., Feffermann, M., Cortizo, C. T. V., & Siqueira, S. R. (2013). Violência associada ao uso de álcool e outras drogas: olhares da Justiça e da Saúde. *Boletim do Instituto de Saúde: Enfrentamento da violência pela Saúde*, 14(3), 329-334.
- Lima, M., Costa, J. A., Figueiredo, W. S., & Schraiber, L. B. (2007). Invisibilidade do uso de drogas e a assistência de profissionais dos serviços de Aids. *Revista de Saúde Pública*, 41(Supl. 2), 6-13. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102007000900004>.
- Lima, R. A., Amazonas, M. C., & Motta, J. A. (2007). Incidência de stress e fontes estressoras em esposas de portadores da síndrome de dependência do álcool. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4):431-439. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2007000400003>.
- Lima, T. A. (1996). Humores e odores: ordem corporal e ordem social no Rio de Janeiro, século XIX. *História, ciências, saúde-Manguinhos*, 2(3), 44-96. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59701996000400004>.
- Lougon, M. (1993). Desinstitucionalização da assistência psiquiátrica: uma perspectiva crítica. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 3(2), 137-164. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311993000200006>.
- Loyola, C. M. D., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L. & Wright, M. G. M. (2009). Uso de drogas ilícitas e perspectivas críticas de familiares e pessoas próximas na cidade do Rio de Janeiro - Zona Norte, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 817-823. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700010>
- Lei n. 10.216, de 6 de abril de 2001. (2001, 6 de abril). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110216.htm.
- MacCoun, R. J. & Reuter, P. (2001). *Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times, and Places*. Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Machado, A. R., & Miranda, P. S. C. (2007). Fragmentos da história da atenção à saúde para usuários de álcool e outras drogas no Brasil: da justiça à saúde pública. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 14(3), 801-821.
- Machado, R. Loureiro, A., Luz, R. & Muricy, K. (1978). *Danação da norma: Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro, RJ: Graal.

- Macrae, E. (2001). Antropologia: aspectos sociais, culturais e ritualísticos. In S. Seibel & A. Toscano (Eds.). *Dependência de drogas* (pp. 25-34). São Paulo, SP: Editora Atheneu.
- Macrae, E. (2014). A história e os contextos socioculturais do uso de drogas. In Brasil, *Curso de Prevenção aos Problemas relacionados ao Uso de Drogas: capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias* (6a ed. pp. 29-30). Brasília, DF: SENAD-MJ/NUTE-UFSC.
- Malta, D. C., Porto, D. L., Melo, F. C. M., Monteiro, R. A., Sardinha, L. M. V. & Lessa, B. H. (2011). Família e proteção ao uso de tabaco, álcool e drogas em adolescentes, Pesquisa Nacional de Saúde dos Escolares. *Revista Brasileira Epidemiologia*, 14(1), 166-177. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2011000500017>
- Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., Belasco, A., & Barbosa, D. A. (2012). Qualidade de vida e sobrecarga de cuidados em cuidadores de dependentes químicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 25(2), 7-12. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000900002>
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre, RS: Artes Médicas.
- Martins, M., Santos, M. A., & Pillon, S. C. (2008, março/abril). Percepções de famílias de baixa renda sobre o uso de drogas por um de seus membros. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 16(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281421888019>
- Martins, P. P. S., Santos, M. V., & Guanaes-Lorenzi, C. (2014). Participação da família no tratamento em saúde mental: histórias sobre o diálogo e inclusão. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster & L. V. Souza (Ogs.). *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 153-170). Rio de Janeiro, RJ: Instituto Noos.
- Maruiti, M. R., Galdeano, L. E., & Farah, O. G. D. (2008). Ansiedade e Depressão em familiares de pacientes internados em unidade de cuidados intensivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 21(4), 636-42. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002008000400016>
- Mateus, M. D. (Org.). (2013). *Políticas de saúde mental: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira*. São Paulo, SP: Instituto de Saúde.
- McCoy, C. B., Metsch, L. R., Chitwood, D. D. & Miles, C. (2001). Drug use and barriers to use of health care services. *Substance Use & Misuse*, 36(6-7), 789-804. Recuperado de <https://doi.org/10.1081/JA-100104091>
- McNamee, S. (2002). The social construction of disorder: From Pathology to Potential. In J. D. Raskin & S. K. Bridges (Eds.), *Studies in Meaning: Exploring Constructivist Psychology* (pp. 143-168). New York, NY: Pace University Press.

- McNamee, S. (2010). Research as Social Construction: Transformative Inquiry. *Saúde & Transformação Social*, 1(1), 09-19. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/418>
- McNamee, S. (2014). Construindo conhecimento/construindo investigação: coordenando mundos de pesquisa. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster & L. V. Souza (Ogs.). *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp.105-132). Rio de Janeiro, RJ: Editora Noos.
- McNamee, S. (2015). Ethics as Discursive Potential. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 36(4), 419-433. doi: 10.1002/anzf.1125.
- McNamee, S., & Gergen, K. (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Medeiros, K. T., Maciel, S. C., Sousa, Tenório-Souza, P. F., F. M., & Dias, C. C. V. (2013, abril/junho). Representações sociais do uso e abuso de drogas entre familiares de usuários. *Psicologia em estudo*, 18(20), 269-279.
- Medeiros, R. (2014). Construção social das drogas e do crack e as respostas institucionais e terapêuticas instituídas. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 105-117.
- Meira, S., Arcoverde, M. A. M. (2010). Representações sociais dos enfermeiros de unidades básicas de um distrito sanitário de Foz do Iguaçu, PR, sobre o alcoolismo. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (Ed port)*, 6(1), 1-13. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1806-6976.v6i1p1-10>
- Mello, N. K. & Mendelson, J. H. (1971). A quantitative analysis of drinking patterns of alcoholics. *Archives of General Psychiatry*, 25(6), 527-539. doi:10.1001/archpsyc.1971.01750180047009
- Mello, N. K. & Mendelson, J. H. (1972). Drinking patterns during work-contingent and noncontingent alcohol acquisition. *Psychosomatic Medicine*, 34, 139-164. Recuperado de <https://insights.ovid.com/pubmed?pmid=5017102>
- Melo, J. R. F., & Maciel, S. C. (2016, janeiro/março). Representação Social do Usuário de Drogas na Perspectiva de Dependentes Químicos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 36(1), 76-87.
- Melo, M. C. (2016). *Sentidos construídos sobre a internação em Comunidades Terapêuticas com pessoas em tratamento por uso de drogas*. (Dissertação de mestrado) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Melo, M. C., & Corradi-Webster, C. M., (2016). Análise do funcionamento de comunidade terapêutica para usuários de drogas. *Athenea Digital*, 16(3), 379-399. Recuperado de <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.2012>
- Melo, P. F., & Paulo, M. A. L. (2012). A importância da família na recuperação do usuário de álcool e outras drogas. *Saúde Coletiva em Debate*, 2(1), 41-51. Recuperado de <http://fis.edu.br/revistaenfermagem/artigos/vol02/artigo09.pdf>

- Melo, R. V. (2016). Crack: doença e família na lógica da ajuda mútua. In organização, J. Souza (Org.). *Crack e exclusão social* (pp. 223-250). Brasília, GO: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas. Recuperado de <http://www.aberta.senad.gov.br/medias/original/201702/20170214-115213-001.pdf>
- Menezes, M. S. C. (1992). *O Que é o Amor Exigente*. São Paulo, SP: Loyola.
- Menicucci, T. M. G. (2014). História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, 21(1), 77-92.
- Mielke, F. B., Kohlrausch, E., Olschowsky, A., & Schneider, J. F. (2010, outubro/dezembro). A inclusão da família na atenção psicossocial: uma reflexão. *Revista Eletrônica de Enfermagem*. [Internet], 12(4), 761-765. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i4.6812>
- Minayo, M. C. S. (1994). Representações da cura no catolicismo popular. In P. C. Alves & M. C.S. Minayo (Orgs.). *Saúde e doença: um olhar antropológico* (pp. 57-71). Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz.
- Ministério da Saúde. (2004). *A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas/Ministério da Saúde* (2a ed.). Brasília, GO: Ministério da Saúde.
- Ministério da Saúde. (2007). *Equipe ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular* (2a ed.). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf
- Miron, J. (2004). *Drug war crime: the consequences of prohibition*. Oakland, CA: The Independent Institute.
- Monteiro, M. Y. (1965). Folclore da maconha. *Revista Brasileira de Folclore*, 5(11), 285-300.
- Morais, A. C., & Malfiano, A. P. S. (2014). Medidas socioeducativas em São Paulo: os serviços e os técnicos. *Psicologia & Sociedade*, 26(3), 613-621. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000300010>
- Moraes, M. (2010). Algumas implicações da ética punitiva e da ética fragmentária para as lutas contra-hegemônicas no campo das políticas sobre drogas: na trilha das provocações atrevidas de Roberto Éfrem Filho. In B. Medrado, J. Lyra, M. Azevedo & J. Brasilino (Orgs.). *Homens e masculinidades: práticas de intimidade e políticas públicas* (pp. 167-173). Recife, PE: Instituto PAPAI.
- Moraes, M., & Montenegro, M. (2014, abril). Autoridade e imposição de limites: atributos necessários à atenção à saúde de pessoas que consomem drogas? *Nova Perspectiva Sistêmica, Rio de Janeiro*, (48), 57-63. Recuperado de <http://www.revistanps.com.br/index.php/nps/article/view/50>

- Moscheta, M. S. (2014). A pós-modernidade e o contexto para a emergência do discurso construcionista social. In C. Guanaes-Lorenzi, M. S. Moscheta, C. M. Corradi-Webster & L. V. Souza (Ogs.). *Construcionismo social: discurso, prática e produção do conhecimento* (pp. 23-48). Rio de Janeiro, RJ: Editora Noos.
- Mota, L. A. (2008). *Pecado, crime ou doença? Representações sociais da dependência química*. (Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Ceará). Recuperado de <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/1491>
- Murray, D.W. (1993). What is the western concept of the self? On forgetting David Hume. *Ethos*, 21, 3-23. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/640288?seq=1#page_scan_tab_contents
- Musto, D. F. (1999). *The american disease: origins of narcotic control* (3a ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Nasi, C., Oliveira, G. C. D., Lacchini, A. J. B., Schneider, J. F., & Pinho, L. B. (2015). Mental health care technologies for treating crack users. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36, 92-97. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.01.45934>
- Navarini, V., & Hirdes, A. (2008). A família do portador de transtorno mental: identificando recursos adaptativos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17(4), 680-688.
- Neale, J. (1999). Understanding drug using clients' views of substitute prescribing. *The British Journal of Social Work*, 29, 127-145. Recuperado de https://www.jstor.org/stable/23714936?seq=1#page_scan_tab_contents
- Ness, O., Karlsson, B., Borg, M., Biong, S., Sundet, R., McCormack, B., & Kim, H. S. (2014). Towards a model for collaborative practice in community mental healthcare. *Scandinavian Psychologist*, 1(e6), 1-23. Recuperado de <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.1.e6>
- Ness, O., Kvell, O., Borg, M., Semb, R., & Davidson, L. (2017). "Sorting things out together": Young adults' experiences of collaborative practices in mental health and substance use care. *Scandinavian Psychologist*, 20(2), 126-142. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/15487768.2017.1302369>
- Noble, L. M., & Douglas, B. C. (2004). What users and relatives want from mentalhealth services?. *Current Opinion in Psychiatry*, 17(4), 289-296. doi: 10.1097/01.yco.0000133832.42167.76
- Nogueira, C. (2008). Análise(s) do discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 24, (2), 235-242. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722008000200014>.
- Nutt, D. (2012). *Drugs Without the Hot Air: Minimising the Harms of Legal and Illegal Drugs*. Cambridge, United Kingdom: UIT Cambridge.

- Oliveira, A. G. B. & Alessi, N. P. (2005). Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10 (1), 191-203.
- Oliveira, C. D. (2009). *Uma genealogia do jovem usuário de crack: mídia, justiça, saúde, educação*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul.
- Oliveira, E. B., & Medonça, J. L. S. (2012). Family member with chemical dependency and consequent burden suffered by the family: descriptive research, *Online Brazilian Journal of Nursing*, 11(1), 14-24. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20120003>
- Oliveira, M. C. S. L. (2006). Identidade, narrativa e desenvolvimento na adolescência: Uma revisão crítica. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 427-436. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722006000200022
- Oliveira, M. S. N. (2009). *Fatores sociodemográficos e clínicos de internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias em Fortaleza – Ceará*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual do Ceará, Ceará.
- Oliveira, M. S. N., Pinto, F. J. M., Aguiar, J. B., Sampaio, R. M. M., & Medeiros, C. R. B. (2011). Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias. *Revista Brasileira de Promoção da Saúde*, 24(4), 361-366. doi:10.5020/18061230.2011.p361.
- Organização Mundial da Saúde. (2004a). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10 Décima revisão. Trad. do Centro Colaborador da OMS para a Classificação de Doenças em Português. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
- Organização Mundial da Saúde. (2004b). Neurociência de consumo e dependência a substâncias psicoativas: resumo. Genebra, Suíça: Organização Mundial da Saúde. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_P.pdf
- Orlandi, E. P. (2007). *Análise de discurso: princípios e procedimentos* (7a ed.). Campinas, SP: Pontes.
- Orth, A. P. S., & Moré, C. L. O. O. (2008, outubro/dezembro). Funcionamento de famílias com membros dependentes de substâncias psicoativas. *Psicologia Argumento*, 26(55), 293-303. Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=2525&dd99=view&dd98=pb>
- Paoli, M. C., & Telles, V. S. (2000). Direitos sociais: conflitos e negociações no Brasil Contemporâneo. In S. E. Alvarez, E. Dagnino & A. Escobar (Orgs.). *Cultura e política nos movimentos sociais latino-americanos: novas leituras*. Belo Horizonte, MG: Ed. UFMG.
- Parascandola, J. (1996). The drug habit: the association of the word ‘drug’ with abuse in American history. In R. Porter & M. Teich. *Drugs and Narcotics in History* (pp. 156-167). Cambridge, UK: Cambridge University Press.

- Passos, E. H., & Souza, T. P. (2011). Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de “guerra às drogas”. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 154-162.
- Pattison, E. M., Sobell, M. B. & Sobell, L. C. (1977). *Emerging concepts of alcohol dependence*. New York, NY: Springer.
- Paula, M. L., Jorge, M. S. B., Albuquerque, R. A., & Queiroz, L. M. (2014). Usuário de crack em situações de tratamento: experiências, significados e sentidos. *Saúde e Sociedade*, 23(1), 118-130.
- Paula, M. L., Jorge, M. S. B., Lima, L. L., & Bezerra, I. C. (2017). Experiências de adolescentes em uso de crack e seus familiares com a atenção psicossocial e institucionalização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(8), 2735-2744.
- Pearce, W. B. (2007). *Making Social Worlds: A Communication Perspective*. Malden, MA: Blackwell.
- Pechansky, F., Szobot, C.M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 26 (1), 14-17.
- Pereira, A. S. (2008). A toxicomania enquanto doença incurável e sua relação com um tratamento possível. *Aletheia* 27(1), p.210-221.
- Petuco, D. R. S. (2016). *O Pomo da Discórdia? A constituição de um campo de lutas em torno das políticas públicas e das técnicas de cuidado em saúde dirigido a pessoas que usam álcool e outras drogas* (Tese de Doutorado, Instituto de Ciências Humanas, Universidade Federal de Juiz de Fora).
- Pitta, A. M. F. (2011). Um balanço da Reforma Psiquiátrica Brasileira: Instituições, Atores e Políticas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, 16(12), 4579-4589.
- Portaria n. 189 de 19 de Novembro de 1991*. (1991, 19 de novembro). Aprova a inclusão de Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental (Hospitais Psiquiátricos). Recuperado de <http://www.maringa.pr.gov.br/cisam/portaria189.pdf>
- Portaria n. 816/GM, de 30 de abril de 2002*. (2002, 30 de abril). Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e Outras Drogas, a ser desenvolvido de forma articulada pelo Ministério de Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos Estados, Distrito Federal e municípios. Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-816.html>
- Portaria Ministerial n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011*. (2011, 23 de dezembro). 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). Brasília, DF: Presidência da República. Recuperado de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html

- Prado, K. F., & Lemos, F. C.S. (2012). Uma breve cartografia da luta antimanicomial no Brasil. *Contemporânea*, 2(1), 45-63.
- Radcliffe, P., & Stevens, A. (2008). Are drug treatment services only for ‘thieving junkie scumbags’? Drug users and the management of stigmatised identities. *Social Science and Medicine*, 67, 1065-1073. doi:10.1016/j.socscimed.2008.06.004
- Raupp, L., & Adorno, R. C. F. (2011). Circuitos de uso de crack na região central da cidade de São Paulo (SP, Brasil). *Ciências e Saúde Coletiva*, 16(5), 2613-2622.
- Raupp, L. & Adorno, R. C. F. (2015). Territórios psicotrópicos na região central da cidade de Porto Alegre, RS, Brasil. *Saúde Sociedade*, 24(3), 803-815. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n3/0104-1290-sausoc-24-03-00803.pdf>
- Reis, C., Guareschi, N. M. F., & Carvalho, S. (2015, julho/setembro). Discursos sobre Família e Risco nas Internações Compulsórias de Usuários de Drogas. *Psico*, 46(3), 386-399. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.15448/1980-8623.2015.3.19388>
- Resende, H. (1992). Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In S. A. Tundis & N. R. Costa. *Cidadania e Loucura: Políticas de saúde mental no Brasil* (15-74). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. (2012, 12 de dezembro). Brasília, DF: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
- Ribeiro, M. M. & Araújo, M. R. (2006). Política mundial de drogas ilícitas: uma reflexão histórica. In D. X. Silveira & F. G. Moreira (Orgs.). *Panorama atual de drogas e dependências* (pp. 457-468). São Paulo, SP: Atheneu.
- Ribeiro, F. M. L., Minayo, M. C. S. (2015). As Comunidades Terapêuticas religiosas na recuperação de dependentes de drogas: o caso de Manguinhos, RJ, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 19(54), 515-26
- Riedel, G. (1923). *Relatório da Justiça e dos Negócios Interiores 1922-1923*, 98. Recuperado de <http://brazil.crl.edu/bsd/bsd/u2324/000111.html>
- Robins, L.N. (1974). *The Vietnam drug user returns*. Washington, DC: U.S. Government Print.
- Robins, L.N. (1993). Vietnam veterans’ rapid recovery from heroin addiction: A fluke or normal expectation? *Addiction*, 88(8), 1041–1054. doi: 10.1111/j.1360-0443.1993.tb02123.x
- Rocha, A. P. (2015, janeiro/junho). Relações de trabalho no narcotráfico: exploração, riscos e criminalização. *Argumentum*, 7(1), 55-68. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.18315/argumentum.v7i1.9020>
- Rocha, S. B. (2015). *Percepção de familiares sobre o cuidado ao membro usuário do centro de atenção psicossocial álcool e outras drogas*. (Dissertação de Mestrado) Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Bahia.

- Rodrigues, D. R. S. R., Conceição, M. I. G., & Iunes, A. L. S. (2015, janeiro/março). Representações Sociais do Crack na Mídia. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(1), 115-123.
- Rodrigues, J. T., & Almeida, L. P. (2002, janeiro/junho). Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos alcoólicos anônimos. *Psicologia em Estudo, Maringá*, 7(1), 113-120.
- Rodrigues, T. (2003). Política de drogas e a lógica dos danos. *Verve*, 3(1), 257-277. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4947/3495>
- Romanini, M., & Roso, A. (2012). Mídia e crack: promovendo saúde ou reforçando relações de dominação?. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 32(1), 82-97.
- Rosa, L. C. S. (2003). *Transtorno Mental e o Cuidado na Família*. São Paulo, SP: Cortez.
- Rosa, L. C. S., & Campos, R. T. O. (2013, abril/junho). Saúde mental e classe social: CAPS, um serviço de classe e interclasses. *Serviço Social & Sociedade*, (114), 311-331.
- Rui, T., Fiore, M., & Tófoli, L.F. (2016). *Pesquisa preliminar de avaliação do Programa 'De Braços Abertos'*. São Paulo, SP: Plataforma Brasileira de Política de Drogas (PBPD)/ Instituto Brasileiro de Ciências Criminais (IBCCRIM). Recuperado de <http://pbpd.org.br/wp-content/uploads/2016/12/Pesquisa-De-Bra%C3%A7os-Abertos-1-2.pdf>
- Santos, E. C., & Martin, E. (2009). Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP Cuidadoras de pacientes alcoolistas no município de Santos, SP, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 6(2), 194-199.
- Santos, M. F. S., Acioli, M. L. N., & Souza, Y. S. O. (2012). Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. *Estudos de Psicologia*, 29(3), 379-386. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2012000300008>
- Schneider, D. R. (2010). Horizonte de racionalidade acerca da dependência de drogas nos serviços de saúde: implicações para o tratamento. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(3), 687-698.
- Scisleski, A. C. C. (2006). *“Entre se quiser, saia se puder”: os percursos dos jovens pelas redes sociais e a internação psiquiátrica*. (Dissertação de mestrado, Programa de psicologia. Universidade federal do Rio Grande do Sul) Recuperado de <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/7147>
- Scisleski, A. C. C., Maraschin, C., & Silva, R. N. (2008, fevereiro). Manicômio em circuito: os percursos dos jovens e a internação psiquiátrica. *Caderno de Saúde Pública*, 24(2), 342-352. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000200013>
- Seikkula, J. & Arnkil, T. E. (2006). *Dialogic meetings in social networks*. London, UK: Karnac.

- Sherratt, A. (1995). Alcohol and its alternatives: symbol and substance in preindustrial cultures. In J. L. Goodman, P. E. Lovejoy & A. Sherratt (Eds.). *Consuming Habits: Drugs in History and Antropology* (pp.11-46). New York, NY: Routledge.
- Silva, C. C., Costa, M. C. O., Carvalho, R. C., Amaral, M. T. R., Cruz, N. L. A., & Silva, M. R. (2014). Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 737-745.
- Silva, E., Noto, A., & Formigoni, M. L. (2007). Death by drug overdose: impact on families. *Journal of Psychoactive Drugs*, 39(3), 301-306. Recuperado de <https://doi.org/10.1080/02791072.2007.10400618>
- Silva, J., Ventura, C. A. A., Vargens, O. M. C., Loyola, C. M. D., Albarracín, D. G. E.,...Díaz, J. (2009). Illicit drug use in seven Latin American countries: critical perspectives of families and familiars. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 763-769. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700002>
- Silva, M. L. (2009). *Drogas - da medicina à repressão policial: a cidade do Rio de Janeiro entre 1921 e 1945*. (Tese de doutorado, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade do Estado do Rio de Janeiro). Recuperado de <https://twiki.ufba.br/twiki/bin/view/CetadObserva/Obra255>
- Silva, S. E. D., & Souza, M. J. (2004). Alcoolismo: representações sociais de alcoolistas abstinidos. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 8(3), 420-427. Recuperado de http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=983
- Silva, S. L. (2017). *A exposição e a invisibilidade: percursos e percalços por Lisboa e São Paulo. As narrativas dos usos e dos controles do uso de crack* (Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6136/tde-09082017-164840/pt-br.php>
- Silva, T. L. (2011). *Perfil sociodemográfico, clínico e de internação de pacientes em tratamento na unidade psiquiátrica de um hospital geral*. (Dissertação de mestrado) Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Smith, W. H. (1938). *Drug addicts are human beings; the story of our billion-dollar drug racket, how we created it and how we can wipe it out*. Washington, D.C: Shaw publishing company.
- Soccol, K. L. S., Terra, M. G., Ribeiro, D. B., Mostardeiro, S. C. T. S., Teixeira, J. K. S.,...Souto, V. T. (2014, julho/setembro). Sobrecarga financeira vivenciada por familiares cuidadores de indivíduos dependentes químicos. *Revista de Enfermagem da UFSM*, 4(3), 602-611. doi: 10.5902/2179769211264
- Souza, J., Kantorski, L. P., & Mielke, F. B. (2006). Vínculos e redes sociais de indivíduos dependentes de substâncias psicoativas sob tratamento em CAPS AD. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas (Ed port)*, 2(1), 1-17. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v2n1/v2n1a03.pdf>

- Spink, M. J. (2010). Ser fumante em um mundo antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. *Saúde e Sociedade*, 19(3), 481-496. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/6951/8420>
- Spink, M. J. P. (Org.). (2013). *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* [versão online]. Recuperado de https://www.dropbox.com/s/8doiylqqvef7z0s/SPINK_Praticas_discursivas_e_producao_FINAL_CAPA_NOVA.pdf
- Tabeleão, V. P., Tomasi, E., & Quevedo, L. Á. (2014). Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 41(3), 63-66. doi: 10.1590/0101-60830000000012
- Teixeira, I. B. A. (2012, janeiro/julho). Política de drogas no Brasil e o Papel do Estado liberal: Luta de Classes, Ideologia e Repressão. *Revista Cadernos de Estudos Sociais e Políticos*, 1(1), 52-68.
- Torcatto, C. E. M. (2013). O uso de drogas e a instauração do proibicionismo no Brasil. *Saúde. & Transformação Social*, 4(2), 117-125. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2241/2639>
- Torcatto, C. E. M. (2016). A história das drogas e sua proibição no Brasil: da Colônia à República. (Tese de Doutorado, Departamento de História, Universidade de São Paulo). Recuperado de <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/8/8138/tde-05102016-165617/pt-br.php>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2013, 28 de março). *Prisões e detenções compulsórias de usuários de drogas no Brasil preocupam peritos da ONU*. Recuperado de <http://www.unodc.org/lpo-brazil/pt/frontpage/2013/03/28-arrests-and-compulsory-detentions-of-drug-users-in-brazil-concern-un-experts.html>
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). *World Drug Report 2014*. New York: United Nations. Recuperado de http://www.unodc.org/documents/lpo-brazil/noticias/2014/06/World_Drug_Report_2014_web_embargoed.pdf
- United Nations Office on Drugs and Crime. (2017). *World Drug Report 2017*. Viena, Austria: United Nations publication. Recuperado de https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/Booklet_2_HEALTH.pdf
- Urbanoski, K. A. (2010). Coerced addiction treatment: Client perspectives and the implications of their neglect. *Harm Reduction Journal*, 7(13), 2-10. Recuperado de <https://doi.org/10.1186/1477-7517-7-13>
- Vargas, D., Bittencourt, M. N., Rocha, F. M., & Oliveira, M. A. F. (2013, abril/junho). Representação social de enfermeiros de centros de atenção psicossocial em álcool e drogas (CAPS AD) sobre o dependente químico. *Escola Anna Nery*, 17(2), 242-248.
- Vecchia, M. D., & Martins, S. T. F. (2006, maio/agosto). O cuidado de pessoas com transtornos mentais no cotidiano de seus familiares: investigando o papel da internação psiquiátrica.

Estudos de Psicologia (Natal), 11(2), 159-168. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2006000200005>

Ventura, C. A. A., Brands, B., Adlaf, E., Giesbrecht, N., Simich, L., Wright, M. G. M., & Ferreira, P. S. (2009). Políticas e leis sobre drogas ilícitas no Brasil e a perspectiva de familiares e pessoas próximas a usuários de drogas: estudo na Cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17, 810-816. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700009>

Vieira, F. S., Caldana R. 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. Recuperado de <http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/view/2244>

Warburton, H., Turbull, P.J., Hough, M. (2005). *Occasional and controlled heroin use: Not a problem?* York, UK: Joseph Rowntree Foundation.

White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, NY: Norton.

Wild, T. C. (2006). Social control and coercion in addiction treatment: towards evidence-based policy and practice. *Addiction*, 101, 40–49. doi: 10.1111/j.1360-0443.2005.01268.x

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: adventures in theory and method*. New York, NY: Open University Press.

Winnicott, D. W. (1965). *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. London, UK: Karnac.

Wittgenstein, L. (2001). *Philosophical Investigations* (G. E. M. Anscombe, trad.). Oxford, United Kingdom: Blackwell.

World Health Organization. (2008). *Integrating Mental Health Care into Primary Care: A Global Perspective*. Geneva, Suíça: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/policy/services/mentalhealthintopriarycare/en/index.html

World Health Organization (1995). *UNICRI Cocaine Project*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Xavier, M. S. (2015). *Internação compulsória e involuntária na compreensão de enfermeiros atuantes em saúde mental Santa Maria, RS, Brasil*. (Dissertação de mestrado, Programa de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria). Recuperado de http://coral.ufsm.br/ppgenf/images/Mestrado/Dissertacoes/2014_2015/Dissertacao_Mariane_Xavier.pdf

Yasui, S. (2006). *Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira, Rio de Janeiro*. (Tese de doutorado). Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

1. Características sociodemográficas dos participantes:

- Sexo
- Idade
- Escolaridade
- Estado civil
- Grau de parentesco com usuário
- Pessoas que residem na casa
- Ocupação
- Renda familiar
- outras pessoas na família que consomem álcool e outras drogas

2. Características do consumo de substâncias:

- Conte sobre como você percebeu o uso de substâncias pelo seu familiar
 - Em que momento a família percebeu que o ele (a) consumia algum tipo de substância?
 - Quais os motivos que levaram seu familiar ao consumo de substâncias?
 - Como compreende a continuação do consumo pelo seu familiar?
 - Qual sua reação quando descobriu que ele (a) usava álcool ou outras drogas?
 - Você sabe quais drogas ele (a) usa e como é o padrão de consumo destas?
 - Quando você passou a considerar o consumo realizado por ele (a) como problemático?
 - Porque o consumo de substâncias feito pelo seu familiar é um problema para você?

3. Percurso de busca por cuidados em saúde mental e drogas:

- Fale sobre os tratamentos que seu familiar já realizou para enfrentar o consumo de drogas.
 - Quais os tratamentos em serviços de saúde e em grupos de autoajuda?
 - Quem procurou estes tratamentos, família, usuário ou família em conjunto com usuário?
 - Como chegou até estes tratamentos? Quais os resultados do tratamento em serviços/ grupos? Desvantagens e vantagens?
 - Já buscaram (família e/ou usuários) outras formas de ajuda, como a religião, consumo de chás, etc?
 - Como chegou até eles? Como foi?
 - Alguém auxiliou nessas buscas?
 - Como chegou até o CAPSad?
 - A família realiza que tipos de atividade no CAPSad?
 - O seu familiar realiza que atividade no CAPSad?

- Seu familiar já recebeu algum diagnóstico psiquiátrico?
 - Ele (a) fez algum tratamento?
 - Ele (a) já fez ou faz uso de medicamentos psiquiátricos? Quando iniciou? Recorda-se quais?

4. A busca de internação involuntária ou compulsória:

- Conte sobre internações anteriores
 - Quantas vezes seu familiar foi internado? Quando? Qual tipo de internação: voluntária, involuntária ou compulsória?
 - Quem decidiu por este tipo de internação? Por quê?
 - Alguém o auxiliou nessa busca?
 - Você teve dúvidas em relação ao tratamento escolhido? Quais?
 - Você sabia as diferenças entre as internações voluntária, involuntária e compulsória?
 - O que sabe a respeito do tratamento que seu familiar realizou?
 - Você conhecia alguém que havia solicitado este(s) tipo(s) de internação? O que ela pensava sobre?
- Quais as vantagens deste tipo de tratamento?
- Quais as desvantagens desta modalidade de tratamento?
- Quais os motivos que levaram a procurar este tipo de tratamento – internação involuntária ou compulsória?
- Quais as mudanças você esperava?
- O paciente abandonou o tratamento (internação)? Por quê?
- Como eram as visitas durante o período de internação?
- Você considera que algo mudou na vida familiar e do seu familiar após esta internação? Quais mudanças?
- Como o usuário percebeu esta experiência?
- Você tem conhecimento se após alta da internação ele (a) retornou ao uso? Quanto tempo depois?
- Sabe os motivos que o levaram a usar substâncias psicoativas novamente?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento livre e esclarecido apresentado aos participantes da pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Sabemos que o tratamento devido ao uso de drogas é um percurso difícil e ainda pode ocorrer junto com outras questões de saúde. Uma das formas de tratamento que vem sendo muito utilizada é a internação. Neste projeto temos como objetivo conhecer os sentidos construídos com familiares sobre a internação involuntária ou compulsória do sujeito que usa álcool e outras drogas.

Você está sendo convidado a participar do estudo “Sentidos construídos com familiares sobre a internação involuntária ou compulsória do sujeito que usa álcool e outras drogas”. Iremos fazer algumas perguntas sobre estes temas e pedimos sua autorização para gravarmos esta conversa, para garantir que as informações tenham melhor qualidade e fidedignidade. Gostaríamos de esclarecer que: seu nome será mantido em sigilo; as informações que você nos der serão confidenciais e serão usadas apenas para este estudo; estas informações poderão ser publicadas e/ou apresentadas com objetivo científico, entretanto não será possível identificar as pessoas envolvidas. Sua participação é voluntária, sem nenhum tipo de pressão, isto é, você não é obrigado a participar deste estudo e se desejar a qualquer momento não participar mais, sua decisão será respeitada. Caso a entrevista provoque algum desconforto você poderá interrompê-la a qualquer momento, no qual poderemos conversar sobre o desconforto, caso essa seja a sua vontade. A única coisa que lhe pedimos é o tempo para responder a entrevista, sendo que esse não atrapalhará nenhuma atividade. Prevemos que o tempo de duração da entrevista seja entre 40 minutos à uma hora. Caso alguma dúvida ou mal-estar apareça estaremos disponíveis para ajudar.

As informações prestadas por você serão muito úteis para compreendermos melhor como é o processo de escolha pelas internações involuntárias ou compulsórias daqueles que consomem drogas/bebidas alcoólicas e, com isto, melhor compreender os serviços que oferecemos.

Se você concordar em participar da pesquisa, queremos esclarecer que:

- a) você é livre para, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas que lhe ocasionem constrangimento de qualquer natureza;
- b) você pode deixar de participar da pesquisa a qualquer momento e não precisa apresentar justificativas para isso.
- c) não haverá nenhuma forma de reembolso de dinheiro para esta participação, já que você não terá nenhum gasto.

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

Estando de acordo:

Nome do participante: _____ RG: _____

Assinatura do participante: _____

Nome da entrevistadora: _____

Assinatura da entrevistadora: _____

Se precisar de algum outro tipo de esclarecimento sobre o estudo, você pode entrar em contato com as pesquisadoras responsáveis:

Pesquisadoras responsáveis:

Prof.^a Dr.^a Clarissa Mendonça Corradi-Webster

Departamento de Psicologia

Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto - USP

(16) 3315.0196

clarissac@usp.br

Cristiana Nelise de Paula Araujo

Mestranda do Departamento de Psicologia

Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto – USP

(16) 997717370

crisnelise@usp.br

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

Se você quiser mais esclarecimentos referentes aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato:

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) 3315-4811 / Fax: (16) 3633-2660

E-mail: coetp@ffclrp.usp.br / homepage: <http://www.ffclrp.usp.br>

ANEXOS

ANEXOS

Anexo A – Ofício de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa para realização desta pesquisa

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa
Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/25/-dgfs

Ribeirão Preto, 16 de março de 2016

Prezada Pesquisadora,

Comunicamos a V. Sa. que o projeto de pesquisa intitulado **"Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória"** foi analisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 152ª Reunião Ordinária, realizada em 25.02.2016, e enquadrado na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º52379315.0.0000.5407).

Solicitamos que eventuais modificações ou emendas ao projeto de pesquisa sejam apresentadas ao CEP, de forma sucinta, identificando a parte do projeto a ser modificada e suas justificativas, e que, ao término do estudo, um relatório final seja entregue, via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazon
Coordenadora

À Senhora
Cristiana Nelise de Paula Araujo
Programa de Pós-Graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP
Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101
Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil
Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br

**Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto
Comitê de Ética em Pesquisa**

Campus de Ribeirão Preto

Of.CEtP/FFCLRP-USP/77-dgfs

Ribeirão Preto, 26 de agosto de 2016.

Prezado(a) Pesquisador(a),

Comunicamos a V. Sa. que a emenda ao projeto de pesquisa intitulado **"Sentidos construídos com familiares de usuários de drogas sobre a internação involuntária ou compulsória"** foi analisada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP-USP, em sua 158ª Reunião Ordinária, realizada em 25.08.2016 enquadrada na categoria: **APROVADO** (CAAE n.º 52379315.0.0000.5407).

Solicitamos que ao término do estudo um relatório final seja entregue via Plataforma Brasil.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Marina Rezende Bazón
Coordenadora

Ao(À) Senhor(a)

Cristiana Nelise de Paula Araujo

Programa de Pós-graduação em Psicologia da FFCLRP/USP

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa da FFCLRP USP

Fone: (16) 3315-4811 / Fax: (16) 3315-9101

Avenida Bandeirantes, 3900 - bloco 23 - casa 37 - 14040-901 - Ribeirão Preto - SP - Brasil

Homepage: <http://www.ffclrp.usp.br> - e-mail: coetp@ffclrp.usp.br