



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

FLÁVIA FERNANDA ARAÚJO DA HORA RIOS

DROGAS, INTERNAÇÃO E IDENTIDADES:
um estudo a partir das representações sociais

RECIFE

2020

FLÁVIA FERNANDA ARAÚJO DA HORA RIOS

**DROGAS, INTERNAÇÃO E IDENTIDADES:
um estudo a partir das representações sociais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Área de Concentração: Psicologia

Orientadora: Profa. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos

RECIFE

2020

Catálogo na fonte
Bibliotecária Valdicéa Alves Silva, CRB4-1260

R586d Rios, Flávia Fernanda Araújo da Hora.
 “Drogas, Internação e Identidades: um estudo a partir das Representações
 Socias” / Flávia Fernanda Araújo da Hora Rios. – 2020.
 105 f.: il.; 30 cm.

 Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria de Fátima de Souza Santos.
 Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH.
 Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2020.
 Inclui referências.

 1. Psicologia. 2. Sujeitos dependentes. 3. Perfil social. 4. Processo de
 aceitação - Adaptação. 5. Dependência física - Psíquica. I. Santos, Maria
 de Fátima de Souza (Orientadora). II. Título.

150 CDD (22. ed.)

UFPE (BCFCH2021-161)

FLÁVIA FERNANDA ARAÚJO DA HORA RIOS

**DROGAS, INTERNAÇÃO E IDENTIDADES:
um estudo a partir das representações sociais**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Pernambuco – UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Aprovada em: 29/09/2020.

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Fatima Maria de Souza Santos (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Profª. Dra. Fátima Maria Leite Cruz (Examinadora Interna)
Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Prof. Dr. Yuri Sá Oliveira Sousa (Examinador Externo)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de agradecer à minha família, os Araújo, especialmente aos meus pais, Nadja e Apolônio, por terem tornado o sonho da psicologia uma realidade, possibilitando assim que desejos que pareciam inatingíveis, como o mestrado, se tornassem reais e; à minha irmã Alanys, que foi presença constante e afetuosa nessa jornada, acreditando em mim, mesmo quando, muitas vezes, nem eu mesma acreditava.

Ao meu esposo, Luiz Geraldo, por seu apoio incondicional em todos os momentos dessa caminhada: sua parceria foi fundamental.

Aos amigos Catarina, Vilma, Paola, Amanda, Danielly, Gabriel e Tiago que me incentivaram do início ao fim desse percurso: o companheirismo de cada um fez a diferença nesses últimos meses.

À minha psicóloga Ana Paula Leão, por sua reparentalização tão bem sucedida, essencial para que eu pudesse finalizar esse projeto.

Aos professores Cristina Maria de Souza Brito Dias e Marcus Túlio Caldas, eternos mestres e referências profissionais, que plantaram, respectivamente, as sementes da pesquisa e da saúde mental durante a graduação em psicologia na UNICAP, permitindo que hoje eu colha os frutos da ciência, da clínica e da docência.

Agradeço à Universidade Federal de Pernambuco e ao Programa de Pós-graduação em Psicologia pelo apoio institucional necessário à realização desse trabalho e à minha orientadora, professora Fátima Santos, por sua postura acolhedora e ao mesmo tempo firme, que me permitiu alcançar a linha de chegada, mesmo diante de todas as intempéries.

Agradeço às/aos professoras/es e colegas do departamento de Pós-Graduação em Psicologia pelas reflexões e crescimento decorrente do nosso encontro.

“Mas os meus escritos são as minhas horas de felicidade. Mesmo naquilo que eles tiverem de cruel. Preciso escrever assim como preciso de respirar, porque o corpo me exige”.

(CAMUS, 1979, p.51).

RESUMO

Apesar do uso de substâncias psicoativas sempre ter estado atrelado à história da humanidade, fazendo parte do repertório comportamental e sociocultural em diferentes cenários mundiais, atualmente é considerado um problema de saúde pública, assumindo o posto de “inimigo a ser combatido” em muitas esferas da sociedade. A dependência química foi construída como sinônimo de marginalidade, doença e pecado, distanciando-se do sujeito e de seus processos subjetivos, que termina sendo alvo de estigmatização, privado de voz e direitos. Um dos dispositivos utilizados com o fim de combater o adoecimento causado pelas drogas e resgatar as vidas de seus usuários é a internação em instituições, que pode acontecer de forma involuntária, e apesar de ser um processo regulamentado por lei, não podemos deixar de lado a discussão de questões éticas relacionadas ao processo, já que fere o direito à autonomia do sujeito. Este estudo teve como principal objetivo analisar as representações sociais acerca do internamento involuntário de sujeitos usuários de substâncias psicoativas que vivenciam tal experiência. Para isso, os *corpora* da pesquisa, que é de cunho qualitativo, foram compostos por cinquenta questionários aplicados em três instituições de reabilitação particulares da Região Metropolitana do Recife com a finalidade de levantar o perfil sociodemográfico dos sujeitos que se encontram nesses espaços e doze entrevistas semiestruturadas em busca de observar como o uso de substância e o contexto da internação influenciam a identidade social dos sujeitos. A partir de uma análise temática de conteúdo, os resultados apontam conflitos identitários relacionados a si e ao grupo de pertença, devido ao processo de estigmatização sofrido dentro e fora dos espaços de internação.

Palavras-chave: usuário de drogas; identidade; internação involuntária; saúde mental; representações sociais.

ABSTRACT

Even though the use of psychoactive substances has been connected to mankind's history, being part of the social, cultural and behavioral repertoire in different societies around the world, currently it is considered a public health issue, taking a role as "the enemy to be defeated" to be beaten in many spheres of society. Substance dependency was built as synonymous with marginality, sickness and sin, being distanced from the subject and their subjective processes, with said subject ending up as a target to stigmatization, unheard and devoid of rights. One of the devices used as a way to fight the illness caused by drugs and rescue the lives of its users is committing them to an institution, which can happen involuntarily, and even though it is a process regulated by law, we can not forget the discussion of the ethical issues related to that process, since it harms the subject's right to autonomy. This study's main goal is to analyze the social representations surrounding involuntary commitment and its relation with the social identity of the psychoactive substance user that experiences it. For that, the body of the research, that is qualitative, was composed by fifty questionnaires applied in three private rehabilitation institutions located in the metropolitan region of Recife [Região Metropolitana do Recife] with the purpose of tracing the sociodemographic profile of the subjects that occupy these spaces and twelve semi-structured interviews with the intention of observing how the substance use and the context of the committal[/committing] influence the personal and social identity of the subjects. The results indicate identity conflicts related to themselves and their belonging group, due to the process of stigmatization suffered inside and outside of the committal spaces.

Keywords: substance user; identity; involuntary committal; mental health; social representation.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Faixa etária.....	55
Gráfico 2 -	Substância psicoativa e padrões de consumo.....	58

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Critérios da síndrome de dependência de substâncias psicoativas.....	26
Quadro 2 -	Critérios diagnósticos para “uso nocivo” e “síndrome da dependência” CID-10.....	27
Quadro 3 -	Critérios diagnósticos DSM-V – para transtornos por uso de substâncias.....	29
Quadro 4 -	Informações a respeito do processo de internamento involuntário.....	60
Quadro 5 -	Caracterização dos participantes das entrevistas.....	65
Quadro 6 -	Caracterização do primeiro contato com substâncias psicoativas.....	66
Quadro 7 -	Caracterização do primeiro internamento ocasionado pelo uso de drogas.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AA	Alcoólicos Anônimos
AGU	Advocacia Geral da União
APA	Associação Psiquiátrica Americana
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacional de Doenças
CRM	Conselho Regional de Medicina
CTs	Comunidades Terapêuticas
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HG	Hospital geral
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MPPE	Ministério Público de Pernambuco
MS	Ministério da Saúde
NA	Narcóticos Anônimos
OMS	Organização Mundial da Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SDA	Síndrome de Dependência
SENAD	Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas
SISNAD	Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS.....	17
2.1	Objetivo Geral.....	17
2.2	Objetivos Específicos.....	17
3	SOBRE O PERCURSO DAS DROGAS.....	18
3.1	As drogas e a humanidade.....	19
3.2	Do cultuado ao proibido: os psicoativos como mercadoria e expressão do mal.....	21
3.3	O uso de substâncias psicoativas como patologia.....	25
3.4	As drogas no Brasil: aspectos epidemiológicos.....	31
4	POLÍTICAS, MODELOS E IDENTIDADES: A DEPENDÊNCIA QUÍMICA COMO INSTRUMENTO DE SEGREGAÇÃO.....	34
4.1	Políticas Públicas e Dispositivos no Brasil.....	34
4.2	Sobre o internamento e suas variáveis: reflexões éticas.....	37
4.3	Representações Sociais e Identidades.....	42
5	PERCURSO METODOLÓGICO.....	48
5.1	O campo e seus protagonistas.....	48
5.1.1	Espaço Azul.....	48
5.1.2	Espaço Verde.....	49
5.1.3	Espaço Amarelo.....	50
5.2	Procedimentos para Coleta de Dados e Instrumentos Utilizados.....	50
5.3	Procedimentos para a Análise dos Dados.....	52
6	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	54
6.1	Perfil Sociodemográfico dos Participantes.....	54
6.2	Drogas, sentidos e identidades: dando voz aos usuários.....	64
6.2.1	Sobre o relacionamento com as drogas.....	66
6.2.2	Sentimentos acerca do internamento involuntário.....	72
6.2.3	Mobilizações subjetivas e processo identitário.....	77
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
	REFERÊNCIAS	86

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	98
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO.....	100
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA.....	101
ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO.....	102

1 INTRODUÇÃO

As drogas e a sua utilização podem ser citadas objetos de estudo polêmicos e controversos da atualidade, constituindo-se como uma forte preocupação no debate público mundial. Podemos observar que, a partir do século XX, iniciou-se uma “guerra às drogas” (LABATE; RODRIGUES, 2018) que parece estar muito longe de terminar, e neste cenário as substâncias psicoativas, em particular as consideradas ilícitas, atingem o status de inimigo público, lugar respaldado pelo anúncio dos prejuízos sociais, psíquicos e morais causados por sua utilização.

Os números e dados divulgados pelo *World Drug Report 2019*¹ parecem justificar tal combate: em 2017 cerca de 271 milhões de pessoas, cerca de 5,5% da população mundial entre 15 e 64 anos, utilizaram drogas no ano anterior – um aumento de 30% comparado com os dados obtidos na pesquisa realizada em 2009. Deste número, cerca de 35 milhões de pessoas em todo o mundo sofrem transtornos relacionados ao uso de drogas e necessitam de tratamento. O relatório aponta ainda que houve, em 2017, em torno de 585 mil mortes ocasionadas pelo uso de drogas (UNODC, 2019).

No entanto, são diversos os olhares e dizeres sobre o tema, ponto que denuncia a complexidade do fenômeno, sendo o uso de determinadas substâncias considerado benéfico ou nocivo a partir do contexto sociocultural em que está inserido. Tais categorizações respondem aos interesses econômicos, políticos e científicos vigentes, funcionando tanto como instrumento de construção de identidades e diferenças, como também para o controle social. Portanto, é pertinente questionarmos a legitimidade dos discursos proferidos (NUNES; JÓLLUSKIN, 2007; SOUSA, 2017).

Há, pois, pelo menos dois sérios inconvenientes com a acepção convencionalmente predominante que identifica o uso de “drogas” com o abuso de psicoativos ilícitos. Em primeiro lugar, ela confina a discussão ao âmbito da patologia da drogadição: “drogas” seriam substâncias usadas por “viciados” ou “dependentes” e, por conta disso, acarretam graves problemas à saúde pessoal e à ordem pública. Em consequência, a própria existência de “drogas” é tida unilateralmente como um perigo em si, uma ameaça à sociedade. Compõe-se assim o cenário familiar da “guerra às drogas” com sua sequência de estigmatização, violência, cinismo e estreiteza intelectual, numa espécie de espiral viciosa que naturaliza a ilegalidade e potencializa a repressão (LABATE, et al, 2008, p.14).

O Brasil, assim como muitos outros países, ao construir suas políticas públicas tendo como referência, principalmente, os modelos norte-americanos (RODRIGUES; LABATE, 2018) acaba por promover uma postura discutível, onde o consumo é considerado um problema a ser sanado, especialmente devido à sua representação unilateral como prejudicial à saúde

¹ Relatório Mundial sobre Drogas 2019.

individual e coletiva e por sua associação com a criminalidade e a violência urbana. Em consequência, o processo de intervenção, em sua grande maioria, apresenta um viés punitivo e carcerário, que termina por atingir determinados grupos que acabam sendo alvo de estigmatização, privados de voz e direitos. Este trabalho foi construído com a intenção de ouvir e compreender um desses grupos: o dos usuários de substâncias psicoativas internados involuntariamente.

A presente dissertação tem como principal objetivo analisar as representações sociais acerca do internamento involuntário do sujeito usuário de substâncias psicoativas que vivem tal experiência. O interesse pela temática surgiu devido à minha experiência profissional com essa população em um desses dispositivos ao longo de dez anos, onde foi possível observar que a iniciativa para o tratamento em nível de internação raramente parte do próprio sujeito, cabendo, na maioria das vezes, à família ou à equipe médica a decisão para tal.

Nessas situações, nem sempre há motivação necessária para iniciar o processo de “recuperação” por parte do usuário, podendo este apresentar desde descrença com relação às terapêuticas propostas, até revolta por encontrar-se na condição de internado, muitas vezes, privados de seus direitos de escolha e de sua liberdade. Levando em consideração os diversos discursos trazidos por usuários, familiares e profissionais envolvidos no processo, é possível perceber que a figura do usuário, bem como a internação involuntária, são questões de importante repercussão na contemporaneidade, gerando afetos distintos e controversos.

A escolha específica pelo ambiente clínico privado como campo de pesquisa, se deu pela escassez de estudos realizados nesses espaços (JESUS; REZENDE, 2008), visto que são ambientes de difícil acesso ao público em geral e, em particular, aos pesquisadores. Devido à convivência com diferentes integrantes desses cenários em minha atuação profissional, vislumbrou-se uma possibilidade de maior acesso ao recorte de pesquisa em questão em busca de desenvolver a investigação, o que acabou por se tornar mais um dos desafios a serem superados durante o percurso da pesquisa.

Tendo em vista a importância do debate sobre o uso de drogas e as propostas de intervenção à esta problemática, faz-se necessário a adoção de uma perspectiva psicossocial em busca de compreender o fenômeno em diferentes níveis, devido à complexidade da temática e das inquietações relacionadas aos diversos posicionamentos e modalidades de intervenção sobre a questão que coexistem atualmente. A partir disso, propomos uma análise socio representacional sobre o fenômeno do internamento involuntário.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) surge como uma proposta para analisar e compreender a forma como diferentes grupos sociais organizam e constroem significados a respeito da realidade cotidiana, à medida que estas representações são maneiras específicas de nomear, definir e interpretar conjuntamente os diversos aspectos envolvidos. Dessa forma, são fornecidos elementos para que os sujeitos se posicionem diante desta realidade, definindo seus comportamentos (MOSCOVICI, 2011).

Observar a temática do uso de drogas sob tal perspectiva significa buscar compreender como ocorre a construção do status de realidade social e cultural nesse campo (SOUSA, 2017). É de nosso interesse compreender, por meio de uma postura dialética, o que os usuários internados constroem representações sociais, como também, em que medida a condição do internamento involuntário interfere na percepção que têm de si mesmo.

Em busca de facilitar a discussão da temática, esta dissertação foi dividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda o conceito de drogas e as modificações que ocorreram neste ao longo da história da humanidade. Neste capítulo, enfatizamos também a emergência do paradigma proibicionista e da abordagem biomédica do consumo de drogas, além de aspectos epidemiológicos importantes de tal uso no Brasil.

O segundo capítulo observa as políticas públicas e os mecanismos de intervenção adotados em nosso país, destacando a proposta da internação involuntária como possibilidade terapêutica, processo que, muitas vezes, emerge como mecanismo de segregação e exclusão destes usuários. Ainda no mesmo capítulo, evidenciamos os principais constructos da TRS, referencial teórico adotado neste estudo, enfatizando como esta compreende a construção dos processos identitários. Serão enfatizados como o processo de estigmatização e rotulação de condutas referentes ao uso de drogas, consideradas desviantes pelo grupo social majoritário, interferem na deterioração das identidades, trazendo à luz o conceito de estigma, levantado por Erving Goffman (2004).

O caminho metodológico percorrido para a execução desta pesquisa será discorrido ao longo do terceiro capítulo, onde configuramos o campo e o sujeito de pesquisa, assim como, os processos e ferramentas utilizadas durante a coleta e análise dos dados. Levando em consideração os objetivos propostos, foi realizada uma investigação de natureza qualitativa, à medida que tal formato permite a análise dos significados e seus processos de constituição através do diálogo com os envolvidos.

No quarto e último capítulo são trazidos os resultados obtidos através da nossa pesquisa, realizando-se a discussão dos principais dados e aspectos envolvidos. Em um primeiro

momento, nos detemos a identificar o perfil dos sujeitos que se encontravam internados nos espaços visitados, observando dados sociodemográficos importantes, padrão de uso das substâncias psicoativas e aspectos referentes ao processo de internação. Em um segundo momento, nos debruçamos sobre os conteúdos evocados nas entrevistas realizadas com os participantes da pesquisa, discutindo os significados relativos ao uso de drogas e ao processo de internação involuntária e suas formas de objetivação, analisando a maneira como esses interferem no processo da representação pessoal destes sujeitos.

Reflexões sobre a questão se mostram importantes diante dos novos caminhos que foram instituídos no ano de 2019 com a nova Política Nacional sobre Drogas no nosso país, a partir da assinatura do decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019 (BRASIL, 2019), que desconstrói parte das diretrizes instituídas pela política anterior 11343/2006, entre elas, a redução de danos como modalidade de intervenção e o suporte prestado na rede de assistência psicossocial como prioritária na intervenção a essa população, ambas instituídas a partir dos preceitos da Reforma Psiquiátrica. Se faz necessário realizar uma análise multidimensional desse fenômeno a partir da compreensão social da questão, observando a posição onde se encontra o usuário nessa sociedade, bem como, a função que as drogas desempenham nela, levando em conta toda a complexidade relacionada ao tema.

Através das investigações realizadas durante esse estudo, esperamos que os sujeitos que se encontram vivenciando o processo de internação involuntária, sejam vistos, ouvidos e compreendidos, possibilitando a construção de novos saberes sobre esse público e a implementação de ações e intervenções alternativas à essa realidade.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar as representações sociais acerca do internamento involuntário de sujeito usuário de substâncias psicoativas.

2.2 Objetivos Específicos

- Identificar o perfil sociodemográfico e padrão de consumo dos usuários de substâncias psicoativas internados involuntariamente em clínicas particulares da Região Metropolitana do Recife;
- Investigar as representações dos usuários de substâncias psicoativas acerca da internação involuntária como modalidade de tratamento;

3 SOBRE O PERCURSO DAS DROGAS

O consumo de drogas psicoativas, ou seja, de substâncias capazes de alterar as funções do Sistema Nervoso Central (SNC), na medida que estas modificam sensações, percepções, estados de consciência e de humor, sempre estiveram presentes no desenvolvimento da humanidade, se estabelecendo como um dos elementos estruturantes de grande parte das diferentes sociedades (BEZERRA, 2004; FERNANDES et al, 2017).

Segundo Venâncio e Carneiro (2005) a palavra droga é originada do vocábulo francês *drogue* ou do holandês *droog*, sendo designada para se referir a produtos secos ou um conjunto de substâncias naturais utilizadas na alimentação e, principalmente, no tratamento médico de doenças e indisposições que acometiam o homem no século XIV na Europa. Corroborando com tal informação, Antón (2006) afirma que o termo drogaria, também conhecido como botica, surgiu na mesma época e continente para descrever o local onde obtemos a droga, que, em sua maioria, era de origem natural, proveniente de fontes minerais e vegetais. É possível observar que o termo droga foi sendo impregnado de sentidos que foram sendo incorporados à palavra ao longo dos séculos, até chegarmos aos significados atuais.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 1993, p.69-82) define atualmente droga como “toda substância natural ou sintética que introduzida no organismo vivo, pode modificar uma ou mais de suas funções”. De acordo com tal definição, droga seria qualquer substância com a capacidade de promover modificações em um sistema biológico.

No entanto, conforme Lima (2013) observa, há uma cisão do termo na medida em que popularmente nomeia-se como medicamento aquela substância prescrita por um profissional, com finalidades terapêuticas estabelecidas; enquanto drogas são concebidas como aquelas substâncias que são capazes de provocar algum tipo de dependência, sendo comumente associadas a algo prejudicial, geralmente comercializada ilegalmente. Ao longo desse trabalho, iremos utilizar os termos substâncias psicoativas, psicoativos e drogas como sinônimos, observando a capacidade de alteração no sistema nervoso, independentemente de serem lícitas ou não.

Quando observamos a trajetória histórica das drogas psicoativas, podemos perceber que a humanidade parece ter convivido por milênios de forma harmoniosa com o uso destas, até terem se tornado um grande problema a partir do século XIX (CARNEIRO, 2018). Nos questionamos então: o que pode ter ocorrido para ter provocado tamanha reviravolta? O tema

demanda discussões, sendo necessárias, para a busca de sua compreensão, considerações de aspectos históricos, sociais, políticos e econômicos que estão emaranhados com o assunto.

Sendo assim, contextualizar historicamente a relação estabelecida entre os homens e as substâncias psicoativas é de fundamental importância para a compreensão sobre como o consumo individual de determinadas drogas mudou e ganhou conotações morais, sociais e políticas específicas, observando como uma prática que em um primeiro momento era acordada e valorizada entre determinados grupos, se deslocou ao patamar de “mal” ou “doença” a partir de determinações instituídas pelo saber médico-psiquiátrico.

3.1 As drogas e a humanidade

A história do uso das drogas acompanha e se entrelaça com a da própria humanidade. De acordo com Moraes e Neto (2014) há registros anteriores ao Período Neolítico (entre 12.000 a.C. e 4.000 a.C.) de homínídeos que faziam uso de psicoativos com diferentes finalidades, e desde então, raras são as civilizações que não tenham manifestado experiências relacionadas ao consumo de alguma substância desta categoria.

De acordo com Silva et al (2013), diferentes culturas humanas, em épocas e localizações geográficas distintas, desenvolveram funcionalidades e padrões específicos de uso para diferentes substâncias psicoativas, sendo este relacionado com a sua forma de construção da realidade.

Como Carneiro (2018) salienta, os homens sempre buscaram suportar as adversidades de sua realidade e, por conta disso, em sua busca por alimentos e formas de se adaptar ao meio ambiente, acabou por descobrirem ativos presentes em diferentes plantas e fungos, que apresentavam propriedades farmacológicas como alívio da dor e aumento de estímulo para as atividades diárias. Dependendo de seu efeito, o consumo era utilizado para fins medicinais e científicos, em rituais religiosos e festivos, como forma de integração social e até mesmo para combater efeitos da altitude em determinadas regiões.

Drogas são objetos subjetivos, produzem subjetividades, são técnicas de si, moduladores humorais, cognitivos ou sensoriais são plasmadores de estados mentais e corporais, servindo assim, na história das civilizações, como alguns dos mais eficientes instrumentos de criação de vivências e de experiências, cujos conteúdos, longe de ser apenas uma determinação farmacológica objetiva, são veículos para sentidos profundos, significados simbólicos e imaginários – além dos efeitos “puros” dos fármacos, há um conjunto de efeitos culturalmente significativos (CARNEIRO, 2018, p.30).

Diversos estudos apontam que algumas substâncias seguem o homem desde os primórdios da civilização e se mantêm presentes em nosso cotidiano social e cultural

(ESCOHATADO, 2000; VENÂNCIO; CARNEIRO, 2005; NUNES; JÓLLUSKIN, 2007). Estes estudos apontam ainda que as bebidas alcóolicas, obtidas através do processo de fermentação de frutas e cereais a partir da ação de fungos conhecidos como leveduras, foram as substâncias psicoativas mais antigas descobertas pela humanidade, sendo consideradas como alimentos, que além de saciar a fome, alegravam o espírito. Há registro em papiros das etapas de produção e comercialização da cerveja e vinho, sendo estes essenciais à vida social, religiosa e econômica das civilizações egípcia e mesopotâmica antiga, que as consideravam como uma dádiva divina, por sua capacidade de provocar um estado de consciência alterada (ESCOHATADO, 2000; VENÂNCIO, CARNEIRO, 2005; SALES, 2010).

Os preparados etílicos também ocuparam uma posição de destaque na história da cultura ocidental. O consumo de vinho, por exemplo, era um elemento importante na Grécia e Roma antigas, sendo representado como um deus, presentes na figura de Dionísio (deus grego) e Baco (deus romano), fato que salienta o significado deste produto em ambas as sociedades. Até mesmo a Bíblia traz inúmeras menções ao vinho, que até hoje faz parte dos rituais sagrados da religião cristã, trazido como símbolo do sangue de Jesus Cristo (ESCOHATADO, 2000; SALES, 2010).

Além das substâncias fermentadas, as plantas com usos medicinais que traziam efeitos de cura e analgesia de enfermidades tinham lugar privilegiado nas sociedades antigas. O uso da papoula, mais especificamente da resina extraída de seu bulbo, conhecida como ópio, é observado como um dos mais relevantes nos continentes africanos e asiáticos, sendo observado em registros sumérios de 4.000 a.C., por suas características analgésicas, antifebris e antitussígenas. O uso dos opiáceos (derivados do ópio) também apresentava grande utilidade no combate à depressão e fadiga (CARNEIRO, 2018).

Ainda podemos mencionar os ativos extraídos da *cannabis sativa* (maconha), que era utilizada com finalidades terapêuticas na China e, assim como o cultivo da papoula, remonta há cerca de 4.000 a.C. Há registros também do cultivo da *Cannabis* na Índia e no Egito por volta de 2.000 a.C., onde eram destacadas as propriedades estimulantes, como potencializadora da mente e dos impulsos sexuais, assim como, farmacológicos como em seu uso contra a febre, insônia, tosse e disenteria (MACRAE, 2000; CARNEIRO, 2018).

Afora o uso terapêutico e farmacológico, as substâncias psicoativas eram consumidas em momentos festivos e em rituais religiosos e sagrados. As drogas eram consideradas como presentes da natureza, possuidoras de atributos mágicos que eram capazes de possibilitar o contato com divindades. Nas civilizações pré-colombianas há relatos de mais de 4.500 anos da

utilização da folha extraída da coca boliviana, planta que era considerada sagrada pelos incas, com a finalidade de aumentar a fertilidade, provocar bem-estar, energia e euforia (ESCOHATADO, 2000; FERREIRA; MARTINI, 2001). Já a Ayahuasca, uma bebida obtida a partir da decocção do caule do cipó Jagube e das folhas de Chacrona, tem sido utilizada por índios da Bacia Amazônica há mais de 4 mil anos, de forma ritualística; assim como o peiote, um cacto com propriedades alucinógenas, originado em desertos do norte do México e sul dos Estados Unidos, tem sido utilizado há mais de 3 mil anos por nativos mexicanos (GARRIDO; SABINO, 2009).

É importante salientar que, originalmente, as drogas apresentavam significados bastante diferentes do que possuem hoje, pois estas acompanhavam a organização sociocultural de cada época, sendo observadas como um bem coletivo, agregando somente valor de uso. O modelo de controle do seu consumo, que também era praticado com relação à alimentação e ao sexo, era a temperança ou moderação, censurando não a substância em si, mas o excesso (CARNEIRO, 2018). A atitude da abstinência, ou seja, a eliminação do consumo, era uma atitude rara, sendo implantada tão-somente em sociedades repressivas ou militarizadas, como na sociedade espartana, na Grécia Antiga (BRASIL, 2008).

Apenas na contemporaneidade o fenômeno do uso de drogas assumiu o estatuto de “problema social”. A partir destes apontamentos fica evidente que, se por um lado as drogas vêm sendo utilizadas há milênios, as considerações acerca do abuso, dependência e os fenômenos sociais relacionados constituem práticas relativamente recentes (SOUZA, CALVETE, 2017).

3.2 Do cultuado ao proibido: os psicoativos como mercadoria e expressão do mal

A procura pelas especiarias na idade moderna, como eram chamados alguns psicoativos da época, pode ser considerada um dos propulsores das grandes navegações. As substâncias psicoativas ultrapassaram a utilidade e o consumo local, se expandindo para um uso mais amplo, ou seja, excedeu o valor cultural e agregou valor econômico, o que possibilitou sua utilização em trocas comerciais (CARNEIRO, 2018). Souza e Calvete (2017, p.5) pontuam que “com a consolidação do mercantilismo, que acarretou na centralização do poder, na formação dos estados nacionais e na assiduidade do comércio e das trocas de produtos entre os povos distantes, as drogas ganharam um novo papel”. Os psicoativos se transformaram em mercadorias e, a partir da crescente disputa pelo controle de sua produção e comércio, começaram os primeiros conflitos.

Entre os principais artigos cobiçados que se tornaram alvos das expedições marítimas estão: no século XVI, especiarias diversas e açúcar; no século XVII, álcool e tabaco; no século XVIII, café, chá e chocolate e, no século XIX, o ópio. Na história econômica e cultural brasileira, por exemplo, o álcool destilado, o tabaco e o café ocuparam um lugar importante, sendo alvo de disputas europeias uma vez que, tais substâncias além de serem itens desejados no mercado europeu, também figuravam como as principais moedas utilizadas na compra de escravos africanos (CARNEIRO, 2005; TAFARELLO, 2009).

Se nos séculos XVII e XVIII o acesso e consumo de substâncias psicoativas eram restritos a uma pequena parcela da população, considerada privilegiada, o número de consumidores aumenta significativamente nos séculos seguintes, havendo um redimensionamento da droga e de seu uso. A Revolução Industrial e a expansão capitalista podem ser consideradas marcos importantes no que se refere ao tratamento e distribuição das drogas, que deixam de ser tratadas de forma artesanal e passam a ser produzidas em maior escala, havendo a ascensão de um “mercado das drogas” (SILVA, 2016).

Entre as substâncias que foram disseminadas com a expansão do mercantilismo, o tabaco e a cafeína foram as que tiveram seu uso mais aceitos e estimulados, seguindo a lógica econômica capitalista predominante que tinha como principal objetivo o aumento da produtividade dos trabalhadores (CARNEIRO, 2018). Como bem ilustra Vargas (2008, p.48)

[...] a crescente demanda ocidental por esses “alimentos-droga” obedece a certas razões de ordem prática que convém destacar: enquanto as bebidas quentes, leves, estimulantes e não alcoólicas (como o chá, o café e o chocolate adoçados) se conformam com os ditames do capitalismo emergente e seus reclamos por sobriedade, racionalidade e disciplina no trabalho, o tabaco e as bebidas alcoólicas destiladas tornam mais suportáveis a crescente (o)pressão disciplinar e as precárias condições de vida que se abatem sobre os mais pobres ao entorpecê-los. Enquanto isso, o açúcar, rico em calorias, além de fornecer energia indispensável para o trabalho, adoça tudo aquilo com que ele se mistura...

Entre a metade do Século XIX e início do Século XX a cocaína e derivados do ópio eram substâncias amplamente utilizadas em todo o planeta, sendo sua distribuição e comércio realizados por indústrias farmacêuticas europeias de forma legal. Entretanto, no final do século XIX, a comunidade médica iniciou a discussão acerca do potencial de dano de tais substâncias, e através de tratados e acordos internacionais realizados pelos países dominantes, foram se estabelecendo regulamentações acerca da utilização das substâncias psicoativas (CARNEIRO, 2018; ROSA, 2014; SOUZA; CALVETE, 2017).

A história da regulamentação das drogas inicialmente foi a história do controle religioso do seu uso, em seguida, o controle comercial tornou-se determinante, mantendo em seu bojo os preconceitos étnicos e ideológicos (recusa cristã aos alucinógenos). O predomínio comercial e religioso do ocidente cristão impôs ao mundo o modelo de aceitação do álcool e da proibição dos alucinógenos, que o

controle médico e biopolítico contemporâneo continuam a manter (CARNEIRO, 2018, p.64).

Segundo Silva (2016), o proibicionismo como medida de interdição e repressão de determinadas substâncias teve como um marco importante, movimentos ocorridos nos Estados Unidos, quando as drogas se transformaram em uma “questão social”, sendo incorporadas questões políticas, econômicas, religiosas e morais ao seu estudo e debate. A partir de uma proposta moralizadora, centrada no modelo biomédico, instituíram um discurso antidrogas, legitimando, para o combate a este novo mal, equipamento jurídico e militar.

A Lei Seca foi uma destas expressões, resultado do Movimento de Temperança, um dos discursos de maior expressão que ocorreu nos Estados Unidos no final do século XIX, no qual instituía-se, por meio de uma emenda constitucional, a proibição da produção, transporte, importação e exportação de bebidas alcóolicas, permanecendo em vigor de 1920 a 1933 (ACIOLI NETO, 2018). Os resultados foram desastrosos, havendo aumento na violência, mortes por envenenamento devido à produção das bebidas de forma clandestina e o fortalecimento da máfia e outros grupos criminosos. A lei foi revogada, no entanto, outras substâncias, como os derivados da maconha, da coca e do ópio, foram proibidas em busca de inibir o seu consumo (SILVA, 2016).

O proibicionismo tornou-se um sucesso em termos de difusão, influenciando normas nacionais em todo o planeta, ao mesmo tempo em que demonstrava explicitamente a incapacidade de alcançar o que se propunha. “Narcotráfico”, “cartéis”, “narcoguerrilhas”, “guerra de gangues”, “facções criminosas”, dentre outras expressões, passaram a povoar o cotidiano de milhões de pessoas nas Américas, Europa, África e Ásia, num caleidoscópio confuso de notícias, discursos oficiais, retórica moralista e medo. Muitos eram atingidos diretamente pelas disputas entre grupos ilegais ou pelo fogo cruzado destes com as forças repressivas policiais e militares; outros padeciam física e psiquicamente com o uso de drogas adulteradas ou cada vez mais potentes e tóxicas; outros tantos não sentiam diretamente as marcas dessa “guerra”, mas sofriam os efeitos das narrativas proibicionistas que reforçavam estereótipos e nutriam racismo e xenofobia (RODRIGUES, 2017, p.36).

No Brasil, nas primeiras décadas do Século XX foram instituídas algumas ações com o objetivo de regulamentar o uso de drogas, como o Decreto 2.861 de 1914 que observava o controle de venda de ópio, morfina, heroína e cocaína. Apenas no final de 1930, durante a Ditadura do Estado Novo, a política de drogas brasileira se tornou mais rígida, seguindo o discurso mundial encabeçado pelos Estados Unidos, com o Decreto de Lei nº 891/1938, que possuía uma orientação proibitiva e criminalizadora, postura que foi fortalecida nas décadas seguinte (SILVA, 2016).

A Convenção Única sobre Entorpecentes, coordenada pela Organizações das Nações Unidas (ONU), realizada e patrocinada pelos Estados Unidos em 1961, decretou em nível

global o paradigma proibicionista vigente até a atualidade, a partir de um conjunto de fatores, entre eles a radicalização política do puritanismo norte-americano e os interesses pela produção e monopólio das indústrias farmacêuticas. Dentre as suas diretrizes, pontua que as substâncias psicoativas caracterizadas como ilícitas deveriam ser proibidas e seu uso eliminado, devido aos danos causados à saúde (LAIKOVSKI, 2015).

Fiore (2012) pontua que no novo decreto, as substâncias psicoativas, a partir do seu potencial de abuso e suas aplicações médicas, foram divididas em três grupos: **lícitas** (bebidas alcoólicas e tabaco), as **lícitas medicinais** (drogas com potencial de abuso, mas conhecidas por seu uso medicinal, como a morfina e as anfetaminas, havendo controle de prescrição e uso) e as **ilícitas** (substâncias com elevado potencial de abuso e nenhum uso medicinal, entre elas a heroína, a cocaína e a maconha), inscrevendo juridicamente o uso de substâncias, as classificando como algo perigoso. O julgamento moral associado ao uso de determinadas substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, contribuiu para que este deixasse de ser visto como forma de integração social, passando a ser percebidos como sinônimo de deterioração.

No entanto, quando se observam os problemas relacionados ao uso de álcool e tabaco é possível concluir que estas duas substâncias estão entre as que mais causam incapacidade, morte e outros prejuízos na esfera física e psicológica (GARCIA; FREITAS, 2015; UNODC, 2019;). A partir deste viés, apontamos aqui a dificuldade e, possível arbitrariedade, sobre a decisão de quais pontos regem as classificações entre lícitas e ilícitas, visto que são encontrados danos potenciais em ambos os grupos. Em um estudo realizado no Reino Unido relacionado ao uso de múltiplas drogas e seus danos foram observadas algumas contradições, conforme aponta Sousa (2017, p.24):

Esse estudo contou com a participação de um comitê científico independente e teve o objetivo de identificar, a partir de múltiplos critérios, o nível de risco das substâncias para o indivíduo e terceiros. Os resultados evidenciaram que as classificações legais atuais não se baseiam em considerações sobre os danos das substâncias, visto que, por exemplo, o álcool ocupou a primeira posição do ranking e o tabaco a sexta, à frente de drogas como cannabis, ecstasy e LSD.

Ribeiro e Laranjeira (2016) observam que a partir de 1960 houveram mudanças nos conceitos e modelos relacionados ao uso de substâncias, que passaram a apresentar novas classificações que levavam em consideração a influência de fatores biológicos e psicológicos, transformando-os em critérios diagnósticos na identificação de uma patologia. Comportamentos considerados desviantes relacionados à intoxicação por alguma substância passaram a ser observados como sintomas de doenças, ao invés de preguiça ou anomalias de caráter como eram comumente descritos no senso comum.

O uso de drogas adquiriu os contornos de adoecimento mental, uma disfunção com características específicas, sendo suas características uniformizadas e categorizadas pela medicina. A partir daí, o consumo de substâncias perde o aspecto subjetivo e cultural, sendo desassociada a pluralidade relacionada ao fenômeno, sendo cercado por classificações reducionistas e julgamentos moralistas que se arrastam até hoje.

3.3 O uso de substâncias psicoativas como patologia

A partir do século XX os comportamentos dos seres humanos, individual e socialmente, passaram a ser classificados como normais ou patológicos a partir dos critérios normatizados e sistemas classificatórios estabelecidos pela medicina, instituição que possui legitimidade hegemônica para definir os conceitos relativos à saúde e à doença. Sobre os comportamentos desviantes da norma, eram impostos processos de regularização, na maioria das vezes, através da medicalização do que era considerado “anormal”. Com relação ao uso de drogas, não foi diferente.

As classificações internacionais relacionadas aos nomeados “transtornos relacionados ao uso de álcool e drogas” não despertaram tanto a atenção de profissionais e da sociedade até por volta dos anos 1800. Com a chegada do Século XIX, começaram a surgir termos como “dipsomania” e “insanidade decorrente de intemperança” que foram associados ao uso de álcool (SILVA, 2019). No mesmo período foram introduzidos termos como narcomania, morfínismo e cocainomania, relacionados ao uso inadequado de outros psicoativos como a morfina e a cocaína (RIBEIRO; ZOLDAN, 2018). Tais condições se restringiam a observar aspectos biológicos, não englobando outros critérios como história familiar, aspectos de personalidade e questões psicossociais envolvidas na experiência do uso de substâncias.

A introdução dos critérios para a observação do quadro da dependência química, surgiu nas décadas de setenta e oitenta do século passado, com os apontamentos realizados pelos médicos Griffith Edwards e Milton Gross, para caracterizar a síndrome de dependência do álcool, que acabou por influenciar os pressupostos dos sistemas de classificação reconhecidos até a atualidade (RIBEIRO; LARANJEIRA, 2016).

Um dos passos fundamentais na história do processo de classificação foi dado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1975, com a publicação do *Manual sobre dependência de las drogas*² observando aspectos importantes para caracterizar o processo de dependência e a classificando como física (quando ocorre a adaptação do organismo à

² Manual sobre a dependência das drogas

substância, causando reações fisiológicas quando seu uso era interrompido) e psíquica (processo relacionado à necessidade de fazer a utilização da substância em busca da sensação de prazer provocada por ela, ou evitar o desconforto causado pela ausência da mesma) (OLIVEIRA, 2017; RIBEIRO, LARANJEIRA, 2016). Tais critérios levaram a divisão das substâncias psicoativas em duas classes: as leves e as pesadas, considerando o risco de o usuário tornar-se dependente (SOUSA, 2017; SILVA, 2019).

O conceito de Síndrome de Dependência (SDA) é caracterizado por sinais e sintomas de ordem fisiológica, comportamental e cognitiva, levando em consideração para definir a gravidade, fatores como: intensidade e frequência dos sintomas em um *continuum*; observação de fatores tais quais processos de aprendizagem, aspectos culturais e sociais, assim como, os de personalidade (SILVA, 2019). Abaixo, encontram-se os sinais e sintomas que compõem a SDA tais como descritos por Ribeiro e Laranjeiras (2016):

Crítérios da Síndrome de Dependência de Substâncias Psicoativas	
Compulsão para o consumo	Desejo incontrolável de consumir uma substância, apresentando perda do controle do consumo e incapacidade de interromper tal uso.
Tolerância	Necessidade de quantidades cada vez maiores da substância psicoativa utilizada em busca de obter a sensação do uso inicial.
Síndrome de Abstinência	Sinais e sintomas físicos e psíquicos, de intensidade e frequência variável, originados pela interrupção ou diminuição do uso da substância.
Alívio ou evitação da abstinência pelo aumento do consumo	Consumo da substância psicoativa com a finalidade de evitar sintomas de abstinência.
Estreitamento do repertório	Perdas das referências internas e externas que caracterizavam o consumo, se tornando cada vez mais rígido, estreitado e estereotipado, visando prevenir o processo de abstinência
Reinstalação da Síndrome de Dependência	Após processo de abstinência, o usuário retorna ao padrão mal adaptativo de uso após um curto período de tempo.
Relevância do consumo	O uso da substância se torna prioridade na vida do indivíduo, que acaba por relegar ou abandonar outros aspectos que outrora considerava relevante.

Quadro 1 – Critérios da síndrome de dependência de substâncias psicoativas.

O conceito de síndrome de dependência introduziu um novo paradigma no que se referia à compreensão do uso de drogas, tentando, através da validação clínica baseada em observação empírica, desvencilhar os aspectos relacionados às questões morais ou de caráter que geralmente eram associados ao usuário, eximindo-o de responsabilidade por não haver a escolha pelo consumo ao se instaurar a dependência (SILVA, 2019; SOUZA, 2017).

As diretrizes pontuadas na definição da síndrome de dependência serviram de referência para construção dos critérios e sintomas utilizados atualmente pela Classificação Internacional de Doenças (CID) e o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM), que são as referências médico-psiquiátricas mais relevantes e utilizadas mundialmente. Apesar de atualmente fatores biopsicossociais serem considerados para determinar um diagnóstico relacionado ao uso considerado “indevido” de substâncias psicoativas, o tratamento da questão continua sendo monopolizado pela ciência médica e farmacológica, havendo ainda pouco espaço para os aspectos levantados pelas ciências humanas na construção de políticas e intervenções.

A Classificação Internacional de Doenças, mais conhecida como CID foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) buscando estabelecer um padrão acerca das complicações relacionadas à saúde, e catalogando-as em busca de facilitar sua consulta. Na CID, que hoje se encontra em sua décima edição³, foram definidas as diferentes categorias com aspectos particulares em busca de organizar os transtornos relacionados ao uso de substâncias. São elas: intoxicação aguda; uso nocivo; síndrome de dependência; estado de abstinência; estado de abstinência com delírium; transtorno psicótico; síndrome amnésica; transtorno psicótico residual e de início tardio; outros transtornos mentais e de comportamento; transtornos mentais e de comportamento não especificados (OMS, 1993).

Com relação ao uso nocivo, este pode ser considerado hierarquicamente como o estágio que antecede a síndrome de dependência (SILVA, 2019). No quadro abaixo, iremos observar os sinais e sintomas que norteiam os diagnósticos de uso nocivo e da síndrome de dependência de acordo com a CID-10 (OMS, 1993):

Crítérios Diagnósticos para “Uso Nocivo” e “Síndrome da Dependência” CID-10	
Uso Nocivo	Síndrome de Dependência

³ Em 2019 a OMS lançou a CID-11, no entanto, até a mesma só entrará em vigor a partir de janeiro de 2022, não sendo possível a sua consulta no momento.

O diagnóstico requer que um dano real tenha sido causado à saúde física e mental do usuário	O diagnóstico efetivo de dependência é realizado mediante a presença de três ou mais dos seguintes critérios tenham sido apresentados em algum momento no último ano.
Padrões nocivos de uso são frequentemente criticados por outras pessoas e estão associados a consequências sociais diversas de vários tipos. O fato de um padrão de uso ou uma substância em particular não seja aprovado por outra pessoa, pela cultura ou possa ter levado a consequências socialmente negativas, tais como prisão ou brigas conjugais, não é por si mesmo evidência de uso nocivo.	Forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância.
A intoxicação aguda ou a “ressaca” não é por si mesma evidência suficiente do dano à saúde requerido para codificar o uso nocivo.	Dificuldades em controlar o comportamento de consumir a substância no que se refere a quantidade, início e término do uso.
O uso nocivo não deve ser diagnosticado se a síndrome de dependência, um transtorno psicótico ou outra forma específica de transtorno relacionado ao uso de álcool ou drogas esteja presente.	Um estado de abstinência fisiológica quando o uso da substância cessou ou foi reduzido, como evidenciado por: síndrome de abstinência característica para determinada substância ou o uso de uma substância intimamente relacionada, com a intenção de aliviar ou evitar sintomas de abstinência.
	Evidência de tolerância, de tal forma que doses crescentes da substância psicoativa são requeridas para alcançar os mesmos efeitos que se alcançava quando começou a ingerir a substância.
	Abandono progressivo de prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância psicoativa, aumento da quantidade de tempo necessário para obter ou tomar a substância ou para se recuperar de seus efeitos.

Persistência no uso da substância, mesmo compreendendo que a mesma é nociva, tais como dano ao fígado por consumo excessivo de bebidas alcoólicas, estados de humor depressivos consequentes a períodos de consumo excessivo da substância ou comprometimento do funcionamento cognitivo relacionado à droga.

Quadro 2 – Critérios Diagnósticos para “Uso Nocivo” e “Síndrome da Dependência” CID-10.

Quando observamos os critérios pontuados acima, apesar de apresentar como proposta a inclusão de aspectos psicológicos e sociais para a compreensão do uso de drogas, a CID-10 ainda privilegia sintomas e características de cunho biológico para categorizar a questão, instaurando uma visão unidimensional.

Por sua vez, o Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) foi sancionado pela Associação Psiquiátrica Americana (APA). Em sua quinta e mais recente edição, publicada em 2014, foram revistos alguns termos presentes em edições anteriores, na tentativa de diminuir o estigma associado à certas palavras. Entre estas, podemos pontuar o termo abuso – que foi substituído por Transtorno de Uso Leve - e dependência - que foi substituído por Transtorno de Substância Moderada e Grave (APA, 2014). Diferente do CID-10, o DSM-V não categoriza os quadros associados ao uso de drogas, unindo todos no diagnóstico de Transtornos por Uso de Substâncias, atribuindo a este o senso de gravidade, de acordo com o número de sintomas presentes.

No quadro abaixo, iremos visualizar os critérios para o diagnóstico do Transtorno por uso de substância, de acordo com a Associação Psiquiátrica Americana (2014):

Critérios Diagnóstico do DSM-V para Transtornos por Uso de Substâncias
A) Um padrão problemático de uso de substâncias, levando ao comprometimento ou sofrimento clinicamente significativo, é manifestado por pelo menos dois dos seguintes critérios, ocorrido durante um período de 12 meses:
1. A substância é frequentemente consumida em maiores quantidades ou por um período mais longo do que o pretendido.
2. Desejo persistente ou esforços mal sucedidos no sentido de reduzir ou controlar o uso da substância.
3. Muito tempo é gasto em atividades necessárias para a obtenção da substância, na utilização ou na recuperação de seus efeitos.

4. Fissura ou forte desejo ou necessidade de usar a substância.
5. Uso recorrente da substância em situações nas quais isso representa perigo para a integridade física do sujeito.
6. Uso recorrente da substância resultando em fracasso em desempenhar papéis importantes no aspecto profissional, escolar ou familiar.
7. O uso da substância é mantido apesar da presença de problemas físicos ou psicológicos persistentes ou recorrentes, que tende a ser causado ou exacerbado por esse uso.
8. Atividades sociais, profissionais ou recreacionais importantes são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
9. Importantes atividades sociais, profissionais ou recreacionais são abandonadas ou reduzidas em virtude do uso da substância.
10. Tolerância, definida por qualquer um dos seguintes aspectos: a) Necessidade de quantidades progressivamente maiores da substância para atingir a intoxicação ou o efeito desejado; b) Acentuada redução do efeito com o uso continuado da mesma quantidade de substância.
11. Síndrome de abstinência, manifestada por qualquer um dos seguintes aspectos: a) síndrome de abstinência característica para a substância; b) a mesma substância (ou uma substância estreitamente relacionada) é consumida para aliviar ou evitar sintomas de abstinência.

Quadro 3 - Critérios diagnósticos do DSM-V para transtornos por uso de substâncias.

Podemos visualizar, a partir da leitura dos critérios apontados pelo DSM-V, que, levando em consideração toda a complexidade do uso das drogas, muito ainda precisa ser feito em busca de se distanciar do viés rotulador. Conforme observado por Sousa (2017), endossar perspectivas que observam a questão através de suposições relacionadas às causas orgânicas ou de personalidade legitimam o discurso de que o contexto social não está relacionado com o desenvolvimento e a manutenção da condição de uso ou dependência.

Conforme bem argumenta Souza (2017) e Oliveira et al (2019), o fenômeno do uso de drogas só pode ser compreendido ao serem observados três elementos fundamentais: o indivíduo, a substância e o contexto sociocultural. Qualquer tentativa de enxergar tal experiência, sem levar em consideração tais aspectos, não pode ser considerada válida, pois culminaria em uma leitura fragmentada, ahistórica e determinista.

O consumo de psicoativos faz parte do repertório comportamental e sociocultural presentes em todos os cenários mundiais, e nesse ponto, se faz necessário refletir sobre qual é a finalidade da manutenção das concepções e diagnósticos trazidos, já que os mesmos, muitas

vezes, mostram-se falhos e reducionistas, não abarcando toda a complexidade referente ao tema. A dependência química hoje é compreendida como sinônimo de marginalidade, doença e pecado, distanciando-se do sujeito e de seus processos subjetivos.

O uso considerado prejudicial de drogas é observado como uma questão de saúde pública no Brasil e no mundo. No entanto, as recentes reflexões, assim como dados epidemiológicos importantes, apontam que a realidade pode ser diferente dos cenários propagados pela mídia e pelos governos que justificam o movimento de guerra às drogas.

A seguir, iremos discutir alguns desses dados, em busca de compreender e discutir a legitimidade da construção e reconstrução de políticas públicas e mecanismos adotados para lidar com a questão da “doença da droga” em âmbito nacional.

3.4 As drogas no Brasil: aspectos epidemiológicos

Nos últimos anos, diversos estudos epidemiológicos têm sido realizados no Brasil em busca de se verificar a prevalência do uso de substâncias psicoativas, tanto lícitas quanto ilícitas. Galduróz (2001) aponta que para analisar a problemática da drogadição no país, diversas abordagens são utilizadas, entre elas podemos citar: pesquisas populacionais (realizadas, por exemplo, entre estudantes); indicadores do consumo (internações em decorrência do uso drogas, apreensões realizadas pela polícia) e estudos etnográficos (pesquisas qualitativas). Cada um dos parâmetros investigados é fundamental para a avaliação do todo, podendo inclusive, surgir resultados contrastantes dependendo do método utilizado e do recorte populacional selecionado.

Estudos nacionais realizados entre estudantes brasileiros nos anos de 1987, 1989, 1993, e 1997 indicaram as drogas lícitas como as mais consumidas. Em primeiro lugar aparece o álcool, seguido pelo tabaco; os inalantes em 3º lugar, seguidos pela maconha, ansiolíticos e anfetaminas. Tais estudos têm indicado a semelhança do perfil brasileiro quando comparado com outros países, exceto Estados Unidos, onde o consumo é muito maior. Por outro lado, entre meninos (as) em situação de rua o perfil de consumo se mostra diferenciado. O consumo de drogas nesta população é extremamente elevado e muito superior aos valores observados entre estudantes. Os inalantes e a maconha são as drogas mais consumidas entre os meninos em situação de rua, seguidas pela cocaína nas capitais do sudoeste do país e pelos medicamentos psicotrópicos nas capitais nordestinas (GALDUROZ, 2001, p.).

Somente em 2001, foi realizado o primeiro levantamento epidemiológico de base domiciliar, com abrangência nacional, envolvendo a população geral brasileira com uma amostra representativa de 107 cidades com mais de duzentos mil habitantes. Tal estudo detectou índices de 11,5% para dependência do álcool, 9% para dependência do tabaco e 1% para dependência de maconha (CARLINI et al, 2001). De acordo com um levantamento posterior

realizado pela Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD), o uso de substâncias como álcool, tabaco, maconha, cocaína, solventes químicos e estimulantes cresceu entre os anos de 2001 e 2005, apesar de apenas o aumento de estimulantes ser representativo (BRASIL, 2009).

Em 2019 foram publicados os dados levantados no 3º Levantamento Nacional Sobre o Uso de Drogas pela População Brasileira, realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2017, com cerca de 17 mil pessoas com idades entre 12 e 65 anos (BASTOS, 2017). Apesar de ter sido a maior pesquisa realizada no país acerca da temática, abrangendo o uso de drogas lícitas e ilícitas e com abrangência nacional, seus resultados foram censurados pelo governo federal, provavelmente por não apontar a suposta epidemia do uso de drogas ilícitas que vem sendo propagada. Após acordo entre a Advocacia Geral da União (AGU), o Ministério da Justiça e Segurança Pública e a FIOCRUZ, o estudo foi liberado, com o objetivo de garantir a transparência e acesso aos dados científicos obtidos em pesquisa (FOLHA DE SÃO PAULO, 2019).

No estudo, é possível inferir que a maior parte dos dados observados como mais alarmantes relacionados aos padrões de uso de drogas no Brasil, estão relacionados ao uso do álcool, e não às substâncias ilícitas como grande parte da população acredita. Mais da metade da população do país com idade entre 12 a 65 anos afirmou ter utilizado bebida alcóolica pelo menos uma vez na vida, tendo 30,1% (em torno de 46 milhões) realizado consumo de pelo menos uma dose nos últimos 30 dias. Aproximadamente 2,3 milhões de pessoas apresentaram critérios suficientes para satisfazer o diagnóstico de dependência de álcool (BASTOS, 2017). É importante salientar que a OMS aponta que o álcool é a substância psicoativa mais relacionada à danos à saúde que levam à morte (WHO, 2014).

Fazendo um paralelo com os dados descritos acima, podemos visualizar no mesmo estudo que, com relação ao uso de drogas ilícitas, em torno de 3,2%, ou seja, cerca de 4,9 milhões de brasileiros, fizeram uso nos 12 meses anteriores à pesquisa; um percentual expressivamente menor ao do uso do álcool. Entre as drogas ilícitas mais consumidas, figura a maconha, com 1,5% da população tendo realizado uso nos últimos 30 dias, seguidos pela cocaína, com 0,3% da população, e o crack com, 0,1% da população, tendo realizado uso no mesmo período de tempo. No entanto, é destacado que tais dados precisam ser observados com cuidado, uma vez que os pesquisadores se debruçaram sobre uma amostra restrita, residente em domicílios, não conseguindo observar populações específicas, como as que não se encontram regularmente domiciliadas ou as que se encontram residindo em abrigos ou em presídios (BASTOS, 2017).

Ainda citando o mesmo estudo, um dado relevante diz respeito ao número de usuários que consumiram medicações lícitas de uso controlado, de forma não prescrita, ser maior do que a dos usuários de cocaína e crack, onde 0,6% da população afirmaram utilizar analgésicos opiáceos e 0,4% tranquilizantes benzodiazepínicos nos 30 dias anteriores à realização da pesquisa (BASTOS, 2017). Apesar de ser apontado no relatório como um padrão de uso bastante preocupante, quando observamos o movimento de guerra às drogas, não há menção de tais substâncias no rol dos psicoativos considerados perigosos ou ameaçadores.

É possível considerar que, proporcionalmente, quanto maior o alinhamento da veiculação de determinada substância com os interesses econômicos e políticos do grupo vigente, menor a percepção de sua periculosidade e de seus mecanismos de repressão. Segundo Acioli Neto (2018), apesar do crack nunca ter se tornado popular em nenhum lugar do mundo, as experiências de caráter destrutivo predominam como única forma de vivenciar essa prática, justificando medidas avassaladoras de combate não apenas à droga, como também ao usuário. A substância tem sido utilizada como uma das principais ferramentas no que diz respeito a um movimento de contrarreforma psiquiátrica instituído pela Política Nacional sobre Drogas no nosso país, a partir da assinatura do decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019, pelo presidente Jair Bolsonaro que fortalece a cultura da abstinência como as principais formas de lidar com as questões relacionadas às substâncias psicoativas. Apesar da política anterior de 2006 apresentar limitações e dificuldades em sua implementação, a atual apresenta como principal conduta terapêutica mecanismos repressivos, enfraquecendo ainda mais a propostas como a da Redução de Danos no cenário interventivo.

No próximo capítulo são abordadas questões referentes às políticas públicas brasileiras relacionadas à questão das drogas no país, destacando os dispositivos e procedimentos relacionados ao internamento involuntário como modalidade de intervenção, objeto do nosso estudo. Também são discutidos aspectos relacionados aos processos identitários dos usuários, observando como as diferentes representações a respeito do uso de substâncias psicoativas e do processo de internação podem interferir nas configurações e reconfigurações de suas identidades.

4 POLÍTICAS, MODELOS E IDENTIDADES: A DEPENDÊNCIA QUÍMICA COMO INSTRUMENTO DE SEGREGAÇÃO

A política voltada para as drogas e seus usuários no Brasil surgiu em consonância com o movimento ocorrido nos Estados Unidos e em alguns países da Europa após a assinatura de vários tratados internacionais que traziam como proposta a prevenção do uso de determinadas substâncias e a repressão de sua produção e comércio (TEIXEIRA et al, 2016; LABATE; RODRIGUES, 2018).

As Políticas públicas, conforme a definição trazida por Santana e Diehl (2019, p.519) “são decisões tomadas por governantes baseada em normativas de lei, regras ou regulações que devem provir do alcance legítimo de legisladores ou outras autoridades constituídas em prol do interesse público”. No que se refere às políticas relacionadas ao uso de álcool e outras drogas, os objetivos seriam a realização de estudos de identificação dos possíveis grupos de riscos, propondo intervenções apropriadas para beneficiar o maior número possível de pessoas no que se refere à prevenção de prejuízos associados ao consumo. No entanto, na prática, definir os melhores tipos de ferramentas e estratégias interventivas diante de um processo tão plural é, no mínimo, desafiador e tal percurso foi, e continua sendo até hoje, território repleto de tensões paradigmáticas (SANTANA; DIEHL, 2019).

Iremos a seguir refletir sobre as principais mudanças referentes às políticas públicas de álcool e drogas em nosso país. A partir desta discussão, nos deteremos na legitimação do processo de internação involuntária dos usuários como mecanismo “curativo” e, ao mesmo tempo, de controle de populações consideradas indesejáveis.

4.1 Políticas Públicas e Dispositivos no Brasil

Até o ano de 2002, a saúde pública brasileira não estava se ocupando em promover meios para a prevenção e o tratamento dos problemas relacionados ao consumo compulsivo de drogas, que eram observados apenas através das lentes do paradigma da abstinência, modelo oficial baseado no proibicionismo, que apresentava caráter coercitivo, proposto como único caminho viável, havendo bastante aproximação com o poder jurídico e a criminalização da questão (PASSOS, SOUZA, 2011; RUIZ, MARQUES, 2015). Com relação às intervenções propostas, “havia o predomínio de alternativas de atenção de caráter total, fechado, baseadas em práticas de natureza medicamentosa, disciplinar ou de cunho religioso-moral, reforçando o isolamento social e o estigma” (PINHO; OLIVEIRA; ALMEIDA, 2008, p.83).

Em 2002, o Ministério da Saúde (MS) estabeleceu a Portaria nº 336/2002, regulamentando os Centros de Atenção Psicossociais (CAPS) e com o Decreto nº 4.345/2002, foi instituída a Política Nacional Antidrogas (PNAD). Com Lula da Silva assumindo a presidência da República, entre os anos de 2003 e 2004 foram formuladas diversas leis e serviços relacionados à assistência do usuário de álcool e outras drogas. (XAVIER et al., 2018).

Com a Portaria GM/MS nº 2.197/2004 foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Política Nacional para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do MS (BRASIL, 2004a; 2007). A partir dessa mudança no modelo assistencial, buscou-se trazer como objetivos a prevenção, tratamento e reabilitação dos usuários, através da construção de uma rede nacional de assistência extra-hospitalar (LABATE, RODRIGUES, 2018; XAVIER et al., 2018).

Construída a partir dos preceitos da reforma psiquiátrica, tal política assume o modelo psicossocial, no qual uso e dependência de substância passa a ser compreendido a partir da tríade indivíduo-droga-contexto. Desde então, foi sendo promovido o progressivo fechamento de leitos psiquiátricos, diminuindo a disponibilidade para internação de pessoas com problemáticas relacionadas às drogas. Dessa forma, havia o estímulo do atendimento do sujeito nas diferentes unidades da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)⁴, de acordo com a gravidade de seu quadro, ficando as internações indicadas apenas para casos específicos (BOKANY, 2015; TEIXEIRA, 2017).

A experiência da Redução de Danos (RD), que havia sido introduzida no Brasil com a finalidade de diminuir as taxas de transmissão do vírus HIV/AIDS entre usuário de drogas na década de 1990, foi fortalecida como uma proposta de minimizar os prejuízos relacionados ao consumo de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas, sem prescrever a abstinência total do usuário (RIBEIRO, 2013). A RD pode ser definida como um conjunto de práticas e políticas construídas com o objetivo de reduzir as consequências adversas das drogas, do ponto de vista social, sanitário e econômico (KHOURY; FREITAS; GARCIA, 2019). Tal proposta significa um novo momento em nosso país, abrindo um leque de possibilidades clínicas, se configurando como um novo paradigma ético, clínico e político no que se refere às políticas de álcool e drogas em nosso país (PASSOS; SOUZA, 2011).

A principal estratégia adotada por essa nova política foi a criação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e Drogas (CAPS-AD), que foram implantados nas grandes

⁴ A Rede de Atenção Psicossocial é composta, principalmente, pelos seguintes dispositivos: os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT); os Centros de Convivência e Culturais, as Unidade de Acolhimento (UAs), e os leitos de atenção integral (em Hospitais Gerais, nos CAPS III).

regiões metropolitanas que apresentavam indicadores epidemiológicos significativos e a articulação desses dispositivos com as demais unidades de saúde, tais como: os CAPS gerais; CAPS para infância e adolescência; Unidades Básicas de Saúde; Programas de Saúde da Família; Postos de Saúde; Ambulatórios Psiquiátricos; Residências Terapêuticas e Hospitais Gerais (BRASIL, 2004). Os programas implantados pelo governo foram originados em busca de atender a heterogeneidade dos usuários de drogas, pois é consenso que a drogadição pode provocar diversas formas de sofrimento psíquico e físico sendo necessárias diferentes mecanismos a fim de aborda-las.

Em 2006, foi estabelecido o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), sancionado pela Lei nº 11.343/2006, que articula a questão das drogas como sendo do âmbito da saúde pública, afastando-a do contexto jurídico-policial. Tal lei, que apresentava como foco o respeito aos direitos humanos e autonomia do indivíduo, enfatiza a responsabilidade de cada um no que se refere ao uso de substâncias, sendo um marco importante no tocante ao respeito e a humanização do usuário (LABATE; RODRIGUES, 2018; XAVIER et al, 2018).

No entanto, nos últimos anos, a emergência do “fenômeno do crack” tem sido utilizada para justificar um movimento de contrarreforma psiquiátrica, no qual as internações de usuários de drogas, principalmente daqueles que se encontram em situação de rua, são legitimadas como a melhor e, muitas vezes, única alternativa terapêutica. Várias portarias foram revogadas e outras foram instituídas, em busca de controlar o “problema”, fortalecendo a obrigatoriedade e imposição de um tratamento (AZEVEDO; SOUSA, 2017; TEIXEIRA, 2017; ACIOLI NETO, 2018).

Em 2019, com Jair Bolsonaro assumindo a presidência da república, ocorreu um verdadeiro retrocesso paradigmático com a emergência da nova Política Nacional de Saúde Mental e sobre Drogas em nosso país, a partir da assinatura do decreto Nº 9.761, em 11 de abril de 2019 (BRASIL, 2019), que desmantela parte das diretrizes instituídas pela política anterior 11343/2006. Com o novo decreto, o tratamento previsto se sustenta principalmente na abstinência total e institui as comunidades terapêuticas mantidas pelas iniciativas privadas e religiosas como instituições de referência, privilegiando a internação como terapêutica principal.

Maronna (2006) em texto acerca do SISNAD, sancionado pela Lei nº 11.343/2006, observa que tal política adotava orientação político criminal de caráter dúplice, na medida que reforçava a prevenção para o uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e

dependentes; mas não obstante incitava a repressão ao tráfico. Ou seja, se constituía como uma tentativa de equilibrar a prevenção e a repressão, no entanto alargava as possibilidades punitivas. A política de 2019 aproxima ainda mais a questão das drogas do viés criminal, uma vez que desarticula muitos dos mecanismos que buscavam diferenciar o usuário do traficante, cabendo à autoridade policial definir, circunstancialmente, se o uso é configurado como delito ou não.

No atual contexto, com a tensão frequente entre forças e posicionamentos conservadores e progressistas, não surpreende, a partir da ascensão ao poder de forças políticas mais conservadoras, que desafios relacionados aos cuidados e manejos no tocante a população em geral e ao uso das substâncias psicoativas se tornem ainda maiores. Iremos a seguir observar os principais mecanismos nos quais se sustentam a internação involuntária, intervenção que vem sendo cada vez mais amplamente utilizada, discutindo como esse procedimento pode interferir nos processos de subjetivação do sujeito.

4.2 Sobre o internamento e suas variáveis: reflexões éticas

As internações psiquiátricas e a política asilar foi um dos grandes alvos da reforma psiquiátrica nas últimas décadas. Como aponta Ruiz E Marques (2015), devido às péssimas condições dos locais onde ocorriam a reclusão dos considerados “desajustados”, defensores dos direitos humanos se pronunciaram em busca de discutir a dignidades dos sujeitos que se encontravam nos sanatórios e hospitais psiquiátricos.

Com a reformulação das políticas e a promoção da desinstitucionalização buscou-se olhar de forma mais humanizada para os usuários de drogas lícitas e ilícitas. No entanto, a internação involuntária e compulsória continuou sendo respaldada pela Lei n ° 10.216/2001, visto que a síndrome da dependência química, como visto no capítulo anterior, é considerada um transtorno mental pela CID-10 e pelo DSM-V (OMS, 1993; APA, 2014).

De acordo com Diehl et al (2019), a internação como estratégia de tratamento da síndrome de dependência química deveria ser indicada nos seguintes casos: sintomas de abstinência graves, de difícil manejo em nível ambulatorial; comorbidades médicas e psiquiátricas que requeiram observações constantes (estados psicóticos graves, ideias suicidas e homicidas, debilitação ou abstinência grave); gravidez associada ao uso de substâncias; complicações orgânicas devido ao uso ou cessação do uso de drogas; dificuldade para interromper o uso de substâncias e continuar o tratamento em nível ambulatorial; ausência de

adequado apoio social e familiar que possa facilitar o início da abstinência e necessidade de romper uma situação externa que reforça o uso compulsivo da droga.

No intuito de combater o adoecimento causado pelas drogas e resgatar as vidas de seus usuários quando as atenções primária e secundária em saúde não conseguem ser suficientes no tratamento do quadro, foram instituídos alguns dispositivos de intervenção e reabilitação. Entre os principais, podemos citar:

- a) Leitos Psiquiátricos em Hospital Geral (HG): as chamadas enfermarias psiquiátricas em hospital geral recebem, principalmente, pacientes em estado agudo de intoxicação exógena ou abstinência química, geralmente por um curto período de tempo. A estadia nesses locais costuma ser melhor aceita pelos pacientes, pelo fato de serem menos estigmatizantes quando comparadas à outras formas de internação (HIRATA; LEITE, 2017). O período de internação em um HG, costuma ser, em muitas ocasiões, o primeiro momento onde é abordado o consumo inadequado de substâncias psicoativas e seus danos (AZEVEDO; ZENNI; GOMES, 2019).
- b) Hospital Psiquiátrico e Clínica Psiquiátrica: o hospital deve dispor de estrutura e leitos condizentes com sua proposta, contando com ambientes tais como: salas de estar, espaço para atividades lúdicas e terapêuticas e área externa para deambulação e/ou a prática de esportes. Precisa dispor de uma enfermaria para intercorrências clínicas e de equipe multiprofissional básica (psicólogo, enfermeiro, terapeuta ocupacional, assistente social e médico psiquiatra) responsável pelo tratamento e reabilitação. Toda as intervenções terapêuticas devem ser devidamente informadas e esclarecidas ao paciente. É importante ressaltar a necessidade da preservação dos direitos fundamentais dos pacientes (HIRATA; LEITE, 2017; DIEHL, 2019).
- c) Comunidades Terapêuticas: podem ser caracterizados como residências coletivas, urbanas ou rurais, com um sistema estruturado de regras e limites, com funções, horários e normas bem delimitados, em regime de residência ou permanência de um ou dois turnos. Segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (BRASIL, 2017) os usuários ingressam e permanecem com o propósito de renunciar de forma permanente ao uso de drogas e adotarem um novo estilo de vida. Possuem programas específicos de tratamento que variam de seis a doze meses e as atividades previstas no cronograma são obrigatórias e devem ser seguidas por todos que convivem na instituição. São espaços que tem como proposta oferecer um ambiente protegido e cujo principal instrumento terapêutico é a convivência entre os residentes, visando não apenas resultados do

tratamento da questão do uso de drogas, mas também a reabilitação social dos indivíduos (AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA, 2001). Seus princípios são alinhados com os de irmandades como as dos Alcoólicos Anônimos (AA) e dos Narcóticos Anônimos (NA). De acordo com Fossi e Guareschi (2015), nas comunidades de viés religioso, a fé é estabelecida como principal estratégia de tratamento, impostas a seus moradores, independentemente de suas crenças anteriores. É possível observar disputas a respeito do conceito de Comunidades Terapêuticas, na medida em que há a distinção entre as que apresentam viés religioso, daquelas com características psiquiátricas, com proposta terapêutica sistematizada e baseada na participação ativa dos pacientes em sua reabilitação. Apesar do nome em comum, o cenário e propostas se constituem de formas específicas, gerando confusão entre usuários e profissionais. Fracasso (2019) reforça que na contemporaneidade a modalidade da comunidade terapêutica deve seguir características psiquiátricas, onde é necessária a presença de uma equipe de saúde que acompanha o tratamento. Esse tipo de instituição passou a receber financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), fazendo parte da Rede de Atenção Psicossocial. Na atual política, se configura como o principal mecanismo interventivo.

Sobre o processo de internação, Hirata e Leite (2017) observam que internações psiquiátricas deveriam apenas ser indicadas quando há risco grave de dano físico ou psíquicos devendo esta ser o mais breve possível. Em todo processo de internação seria necessário o consentimento do paciente, mas em caso deste não demonstrar consciência da gravidade de sua condição, e, portanto, sendo considerado inapto para decidir a respeito de seu processo terapêutico, o procedimento pode ser realizado através de autorização de familiar ou responsável legal.

Atualmente no Brasil, as internações podem ser classificadas em três tipos (HIRATA, LEITE, 2017; DIEHL, 2019):

- a) Voluntária: realizada com o consentimento expresso do paciente. No momento da internação o paciente precisa assinar um documento onde declara que escolheu o regime de internação. A internação se encerra através da solicitação por escrito do paciente ou por determinação do médico responsável. No entanto, uma internação que iniciou voluntária pode se tornar involuntária, caso o profissional médico responsável avalie a

gravidade do quadro, e solicite à família ou responsável legal a assinatura do termo de internação involuntária;

- b) Involuntária: realizada sem o consentimento do paciente, e por solicitação de terceiros. O procedimento involuntário deverá ser autorizado por um médico registrado no Conselho Regional de Medicina (CRM) do estado onde a instituição de internação se encontra. O processo de internamento deve ser comunicado ao Ministério Público estadual em, no máximo, 72 horas, assim como o processo de alta;
- c) Compulsória: ocorre por determinação judicial, determinada de acordo com a legislação vigente, pelo juiz competente, que levará em consideração laudo médico, condições de segurança do estabelecimento e sua condição de manutenção do bem-estar do paciente, assim como, dos demais internados e dos funcionários.

Apesar de ser um processo regulamentado por lei, não podemos deixar de lado a discussão de questões éticas e socioculturais relacionadas ao processo da internação, principalmente quando esta encontra-se desvinculada do desejo do sujeito em iniciar o tratamento.

A utilização da internação compulsória (por ordem judicial) ou involuntária (por ordem médica e sem o consentimento do internado), como estratégia no tratamento da dependência química, alçou um patamar de tabu perante a sociedade, pois, quando se trata desta modalidade de intervenção, seja para o combate às drogas ou qualquer outra finalidade, observa-se um paradoxo em sua fundamentação, na qual é configurada para proteger o indivíduo de danos que possa oferecer a si próprio ou outrem, bem como possibilitar um meio de acesso aos serviços de saúde, mas, é criticada por indicar punição ao invés de tratamento e ferir o direito à liberdade, o de ir e vir (RUIZ; MARQUES, 2015, p.4).

Legitimar a obrigatoriedade de um tratamento, nos faz questionar a respeito da autonomia do paciente no que se refere à liberdade de escolha em se obter ajuda ou não, avaliando diferentes possibilidades terapêuticas e intervenções (BORTOLON et al., 2013). Pesquisas apontam (CASTILHO, 2012; RONZANI, NOTO; SILVEIRA, 2012) que grande parte dos pacientes que apresentam sucesso em seu tratamento são aqueles que demonstram crenças relacionadas ao processo de recuperação, o que, na maioria das vezes parece não ocorrer no procedimento de internação involuntária, nos quais não são incomuns recaídas e re-internamentos.

Para os pacientes, internações significam afastamento da família, convivência prolongada com estranhos (pacientes e equipe de saúde) em ambiente não familiar, necessidade de adaptação a regras e rotinas definidas por outros, interrupção do trabalho e, em muitos casos, queda dos rendimentos auferidos pelo trabalho formal ou informal. Além de todos esses prejuízos, a internação psiquiátrica muitas vezes implica em estigmatização. As dificuldades de re-inserção social são reflexos dessas consequências das internações, além daquelas advindas dos problemas com as drogas

em si. Para o sistema de saúde, internações significam enorme custo financeiro, necessitando de manutenção de estrutura física e de pessoal capacitado (BRASIL, 2004, p.350).

Resgatando a definição trazida por Goffman (2004), estigma social pode ser definido enquanto marca ou sinal, presentes tanto no aspecto físico quanto social, que apresenta conotação negativa e designa o seu portador como desqualificado, sendo este marginalizado e excluído. Tais estigmas são construídos a partir de um processo de aprendizagem e assimilação de cognições, crenças e afetos disseminados na realidade social em que o indivíduo se encontra inserido. (OLIVEIRA, 2019).

Ronzani e Furtado (2010, p.327) pontuam que

muitas condições de saúde, entre elas a saúde mental e a dependência de álcool e outras substâncias, são estigmatizadas pela população ou pelos profissionais de saúde. A estigmatização ocorre quando pessoas atribuem rótulos e estereótipos negativos a determinados comportamentos. Tal condição influencia direta ou indiretamente a condição de saúde da pessoa estigmatizada, levando a diversas consequências, inclusive ao agravamento da situação.

O usuário de drogas passa por um processo de estigmatização, à medida que o uso de determinada substância é considerado como um desvio, e, por consequência, se desqualifica em termos de aceitação social, por encontrar-se estragado, diminuído. De acordo com Ruiz e Marques (2015), como produto dos estereótipos construídos a respeito do dependente químico, ocorrem a ruptura de vínculos sociais, profissionais e familiares, à medida que o medo e a vergonha presentes na rede que deveria prestar suporte ao usuário leva ao abandono e a exclusão.

Sobre o processo de estigmatização do usuário de drogas entre os profissionais de saúde, Ronzani, Noto e Silveira (2014) apontam que este gera discriminação e reações afetivas negativas, por caracterizarem o usuário de drogas como pacientes indesejáveis e únicos responsáveis por seu sofrimento. Tal desvalorização significa uma diminuição da postura de acolhimento daqueles que deveriam cuidar e amparar, podendo constituir mais uma barreira na busca por ajuda por parte do usuário, agravando problemas que possam estar presentes.

Ainda segundo Ronzani, Noto e Silveira (2014), é possível observar que o processo de estigmatização irá provocar transformação da identidade do indivíduo, influenciando as esferas psicológica, sociais e físicas. No que se refere às consequências na esfera psicológica, é possível observar diminuição da autoestima além de emoções como raiva, vergonha e culpa; na esfera social, podemos observar desemprego e exclusão, gerando desigualdade social e; no que se refere à física, pode ser observável agravamento e vulnerabilidade de condições físicas e mentais como um todo. Como consequência de tal processo, cresce o sentimento de

incapacidade, desvalorização e autorreprovação, o que acarreta em baixa adesão ao tratamento, pois o sujeito não observa razões para se recuperar (LIMA-RODRIGUES et al, 2015).

Rodrigues, Lima e Holanda (2018) apontam que os usuários de drogas, principalmente as ilícitas, geralmente tem seus direitos desrespeitados e suas vozes silenciadas à medida que são associados com a criminalidade e a violência, corroborando assim o processo de estigmatização social.

[...] vimos que a pessoa que usa drogas não tem vez nem voz, porque na formulação de Políticas Públicas voltadas à questão de drogas são chamados diversos atores sociais envolvidos na questão das DROGAS: policiais, juristas, políticos, padres, pastores, médicos, psicólogos, sociólogos, dirigentes de comunidades terapêuticas, representações de associações médicas, Ministério da Saúde, Secretaria Nacional de Políticas de Drogas, mas não são chamados representantes do público-alvo, ou seja, nunca são consultadas pessoas que fazem uso de drogas para discutir qual a melhor forma de se pensar em políticas públicas que contemplem suas necessidades (VEDOVATTO, 2010, p.164)..

A partir de tal contexto, apenas duas alternativas são apresentadas para o usuário de drogas pela sociedade: interromper o consumo da droga ou manter-se escravo desta, pois tal mácula, indica possibilidade de contaminação, transmissão daquele mal, sendo necessário o isolamento social do agente contaminador, em busca de evitar sua disseminação (BARD et al, 2016).

4.3 Representações Sociais e Identidade

A perspectiva teórica das representações sociais tem sido amplamente utilizada para investigar diferentes fenômenos sociais em diferentes campos do saber, entre eles o da educação, saúde, meio ambiente e tantos outros (ARRUDA, 2002). Segundo Lima (2016), as representações sociais podem ser definidas como um conjunto de crenças, ideias e conceitos construídos pela interação entre indivíduo e sociedade, que nos possibilita significar um objeto, pessoa ou acontecimento específico. Seu estudo possibilita identificar a visão de mundo dos diferentes sujeitos, suas formas de agir e se posicionar diante do fenômeno estudado e a partir de um grupo de partilha (CHAVES; SILVA, 2013), e ainda permitir mudanças, inflexões, interpretações e críticas (KALAMPALIKIS; APOSTOLIDIS, 2020).

Os estudos sobre representações sociais foram iniciados na Europa, em um momento no qual a Psicologia Social privilegiava pesquisas individuais e experimentais, destacando temas como atitudes e influência social. O psicólogo francês Serge Moscovici desenvolveu um estudo, durante sua tese de doutoramento, que apresentava como objetivo compreender a assimilação

e transformação, pelo senso comum, do conhecimento científico produzido pela Psicanálise (CRUSOÉ, 2004; SANTOS, 2012).

Produto da comunicação, a ideia de representação social se apresenta com uma plasticidade que a difere do conceito de representação coletiva, trazido por Durkheim. As representações irão se constituir no contexto das relações, sejam elas entre indivíduos, intragrupos ou intergrupos. A forma pela qual estas relações acontecem, o lugar e o momento onde se dão, são os parâmetros que irão entregar sentido a uma representação social. Nascendo de uma rede de interações em constante modificação, a representação social tem como uma de suas principais características a sua dinamicidade (CARVALHO, 2005).

A teoria das representações sociais, diria, pode ser vista em duas perspectivas. Primeiro, é uma teoria concebida para responder a questões específicas, com respeito a crenças e vínculos sociais e para descobrir novos fenômenos. Em segundo lugar, ela é também a base de uma psicologia social do conhecimento. Ela está interessada com o pensamento do senso comum e com a linguagem e comunicação (MOSCOVICI, 2011, p. 380).

De acordo com Almeida (2005), o estudo das representações sociais implica investigar o que pensam os sujeitos acerca de um objeto (natureza e conteúdo da representação), por que pensam (função da representação) e como pensam (processos e mecanismos que permitem a gênese da representação). A representação social refere, assim, um indivíduo que é ativo na sociedade, interpretando os seus saberes. A partir da representação social, há uma apropriação e organização do mundo, dando sentido àquilo que parece ser estranho, incomum, não-familiar. A representação tem a função de tornar o extraordinário em ordinário (MOSCOVICI, 2011).

No que se refere ao processo de construção do conteúdo de uma representação social, este ocorre a partir de três dimensões, são elas: 1) atitude; 2) informação e 3) campo de representação. A primeira se relaciona com o posicionamento do sujeito ou de um grupo, frente ao objeto. Já a segunda, de forma geral, refere-se à informação existente e disponível sobre o objeto e a terceira é a dimensão “que organiza, estrutura e hierarquiza os elementos da informação apreendida e reelaborada” (SANTOS, 2005, p. 30).

No que diz respeito à elaboração de representações sociais, destacam-se dois processos: ancoragem e objetivação. Através da objetivação é possível transformar o abstrato em concreto, traduzindo um conceito a uma imagem ou palavras. O processo complementar à objetivação, ancoragem, diz respeito ao enraizamento social da representação e de seu objeto. A ancoragem permite a integração do objeto que está sendo representado à rede de pensamentos já existente. Assim, ancorar é classificar e dar nome a alguma coisa, transformar algo estranho e perturbador a nosso sistema de categorias, comparando com um paradigma considerado como apropriado. Objetivar é, por outro lado, reproduzir um conceito em uma imagem, transferir o que está na

mente para algo que já exista no mundo. Dessa forma, as ideias, imagens, figuras se fundem, ocorrendo a materialização do abstrato em concreto (JODELET, 1996; SANTOS, 2012).

Enquanto fenômeno sociocognitivo, as representações sociais designam tanto um processo quanto um produto frente à atividade de apropriação da realidade. A RS, portanto, se interessa por “uma modalidade de pensamento, sob seu aspecto constituinte - os processos - e constituído - os produtos ou conteúdos” (JODELET, 2001, p. 22). Nesse sentido, há a dimensão vivida da experiência, a qual é dotada de emoção e permite que os indivíduos tenham noção da sua subjetividade e identidade e há também a dimensão cognitiva, esta “favorece uma experimentação do mundo e contribui para a construção da realidade segundo categorias ou formas que são socialmente dadas” (JODELET, 2005, p. 32). Segundo Denise Jodelet (2005), a experiência como social e socialmente construída é a ligação desta com as representações sociais. Dessa maneira, a experiência pode modificar as representações sociais ao mesmo tempo em que as representações sociais podem também modificar e dar sentido às experiências.

Tendo em vista tais conceitos, podemos observar que a Teoria das Representações Sociais (TRS) debruça-se sobre o estudo das teorias do senso comum, que têm como funções dar sentido à realidade social, produzir identidades, organizar as comunicações e orientar as condutas. Sendo assim, uma das funções das representações sociais é a de orientação dos comportamentos e práticas em relação a um objeto, definindo o que é aceitável para determinado grupo (SANTOS, 2005).

Trata-se de uma abordagem que busca ampliar a visão com relação ao seu objeto e não apenas à sua simples descrição. A esse respeito, é importante mencionar que não é todo o fenômeno social que se torna objeto de representação, sendo necessário, para que isso ocorra, que este desperte interesse público, seja polêmico e polissêmico. Em outras palavras, é necessário que tal objeto faça parte do discurso social em fluxo, levando os grupos a produzirem “teorias do senso comum” no intuito de interagirem entre si e melhor relacionar-se com o objeto (SANTOS, 2012). A internação involuntária, objeto de estudo da presente pesquisa, pode ser considerada um objeto de representação social não apenas por ser polêmico e ainda constituir-se como um tabu na sociedade, mas também por ter várias formas de olhar e se relacionar com ela.

Relacionando os estudos em representações sociais ao campo da saúde, Jodelet (2006) afirma que a cultura está cada vez mais presente no discurso que engloba o binômio saúde-doença, tanto pela aproximação da psicologia com o contexto cultural como também pela perspectiva multidimensional que caracteriza a saúde. A saúde é compreendida e faz parte de

“campos sociais que reclamam uma intervenção no plano coletivo” (JODELET, 2015, p. 61). Nesse contexto, a autora discute o fato de que o cenário que remete à prestação de cuidados demanda novas dimensões das representações, que estejam mais envolvidas com a subjetividade e a experiência. Ainda sobre a saúde, Jodelet (2015) afirma que ela se caracteriza como sendo um campo privilegiado por permitir a relação entre o saber científico e o do senso comum, isso ocorre à medida que nesses cenários o discurso da cientificidade é compartilhado e, de algum modo, é apropriado pelos sujeitos. Dessa maneira, a autora aborda que a validade e a utilidade da educação dos pacientes estão ancoradas em três eixos, são eles: “o doente é o sujeito dos cuidados que se lhe aplicam; o objetivo é a promoção da saúde e não a luta contra a doença; o processo da educação tem o primado sobre o da prescrição” (JODELET, 2015, p. 75).

Moscovici (2011) observa que as representações sociais possuem um caráter prescritivo e que, por conta dessa característica elas se colocam em alguns segmentos como se fossem uma realidade inquestionável. A partir disso, é interessante observar a compreensão e representação que os diversos segmentos sociais dão ao uso de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas. Podemos avaliar que as normatizações vigentes se inscrevem prioritariamente no âmbito médico-jurídico.

[...] abordar o campo das drogas psicoativas a partir da TRS significa se debruçar sobre a construção interdependente de diferentes objetos sociais dentro de um mesmo sistema de representações, como as distintas substâncias, a dependência química e o usuário de drogas. No entanto, esse processo ocorre no bojo das relações sociais e simbólicas que constroem outros objetos sociais em uma cultura, envolvendo, por exemplo, os modos como são representados a saúde, o direito, a violência, a sexualidade, o corpo, o prazer, a liberdade e a própria ideia de humanidade, racionalidade e loucura. Importa salientar que os discursos sobre drogas não são apenas marcados por outros campos representacionais, mas também emergem como elementos constituintes destes últimos (SOUSA, 2017, P.68).

De acordo com Felix Melo e Maciel (2016), os paradigmas vigentes na sociedade a respeito do uso de drogas têm como base duas vertentes: a política proibicionista, que criminaliza o uso de drogas, fortalecendo a vinculação da figura do usuário como criminoso e bandido, havendo a judicialização de tal utilização; e o modelo biomédico, que impõe a institucionalização do usuário para o tratamento médico-psiquiátrico, categorizando-o como doente mental. No primeiro enfoque, o usuário de drogas é objetivado por meios de termos que o relacionam ao exemplo de fora da lei, criminoso, marginal, do indivíduo socialmente perigoso. No segundo, o usuário passou a ser objetivado como um doente, viciado, desajustado ou perturbado mental, o que o discrimina e estigmatiza mais ainda. Diante de tais

representações, a involuntariedade do tratamento realizado por meio da internação em clínicas psiquiátricas e comunidades terapêuticas pode ser justificada e validada socialmente.

É importante salientar que a mídia é um importante mediador no processo de formação e manutenção das crenças. A imprensa pode ser considerada como responsável por representar contextos sociais específicos, refletindo em alguns momentos o pensamento coletivo, e em outros, o influenciando, sendo um mecanismo de difusão ideológica de grande alcance (RAMOS, 2003).

No que se refere às representações sociais do uso de drogas na mídia, Santos et al (2012) observam que quando a droga veiculada é o crack, por exemplo, houve vinculação de termos como dependência, fissura e morte. Observa-se então que o uso de determinadas substâncias é estruturado por forças sociais e culturais. Como afirma Simões (2008, p. 17)

o propagado problema das “drogas” remete, de fato, ao problema mais amplo dos códigos de aceitação e de rejeição de determinadas substâncias, das condições pragmáticas nas quais se dá a definição, aplicação e transformação de categorias classificatórias por meio das quais a existência, a concepção e os usos de determinadas substâncias ganham sentido e eficácia na vida social. Uma determinada substância química se torna uma “droga” em um determinado contexto de relações entre atividades simbólicas e o ambiente, em que operam saberes e poderes.

Partindo deste ponto, se faz necessário refletir sobre o modo que as representações do uso de drogas são construídas e reconstruídas em nossa sociedade, e o quanto tal movimento constitui e interfere nas identidades dos sujeitos. De acordo com Deschamps e Moliner (2009), os mecanismos envolvidos nos processos identitários podem ser compreendidos a partir da percepção das dicotomias entre a identidade pessoal e social, de semelhanças e diferenças entre os grupos de pertença.

A identidade social remete ao fato de que o indivíduo se percebe como semelhante aos outros de mesma pertença (nós), mas ela remete também a uma diferença em relação aos membros de outros grupos (o eles). Temos então um duplo movimento que alia a semelhança intragrupo e diferenciação entre grupos ou categorias (DESCHAMPS; MOLINER, 2008, p.23)

Em uma pesquisa realizada por Rodrigues, Lima e Holanda (2008) com pessoas em situações de rua, usuários de drogas, foi observado que o processo de estigmatização acarreta impactos tanto no processo de reconhecimento de si mesmo como no reconhecimento das pessoas com quem se relacionam. Na medida em que lhes são retirados direitos e autonomia, ocorre a diminuição das possibilidades destes se reconhecerem em outros grupos que não sejam o de usuários de drogas.

Os autores acima afirmam ainda que o processo de discriminação é resultante das “políticas de identidade” que são dirigidas aos usuários de drogas. Tais políticas legitimam

scripts a serem seguidos, definindo quem são os sujeitos e como eles devem agir e sentir, que acabam influenciando na construção de personagens que são incorporados como únicas possibilidades de ser e estar no mundo (RODRIGUES; LIMA E HOLANDA, 2008).

Cumprir destacar que quando as pessoas se comunicam sobre as drogas elas fazem referência a um campo já objetivado e normalizado. No entanto, ainda que a abordagem desse domínio possa produzir uma falsa ideia de homogeneidade representativa de uma cultura, quando se fala em representações sociais considera-se a variabilidade dos conteúdos e a possibilidade de os diferentes objetos assumirem diferentes formas. Em outras palavras, ainda que normas antidrogas e proibicionistas perpassem a construção do “mundo das drogas”, das diferentes substâncias, seus usos e usuários, o grau de familiaridade e implicação dos sujeitos com o campo (suas práticas de consumo e nível de informação sobre o tema, por exemplo), a idade, as pertencas grupais, entre outros, podem ser marcadores importantes na forma como cada sujeito se relaciona com as normas do campo. Isso significa dizer que a experiência dos sujeitos e a maneira que eles organizam informações, sentidos e valores atrelados ao campo desempenham um papel importante na forma com que eles interpretam, se comunicam com o outro (alter) e lidam com a normalização do uso de drogas (SOUSA, 2017, p.78-79).

A teoria das representações sociais se coloca como um aporte teórico pertinente à medida que possibilita o desenvolvimento de estudos que enfoquem a compreensão dos saberes circulantes sobre a internação involuntária em decorrência do uso de drogas, permitindo reflexões sobre a problemática a partir das particularidades com o grupo envolvido, assim como a identificação dos elementos centrais que atribuem significado às representações e aos componentes que viabilizam sua evolução e modificação. A partir das relações que são constituídas na interação entre sujeito-outro-objeto, o real é interpretado e traduzido, sendo um processo subjetivo central no que se refere à construção das identidades. A partir da perspectiva psicossocial é possível ampliar o olhar da esfera individual para o coletivo, tornando-se este o núcleo do processo de formação da identidade (JODELET, 2009).

A seguir, iremos discutir os resultados do estudo realizado, buscando evidenciar, a partir das narrativas dos sujeitos de pesquisa, o modo como eles percebem, sentem e falam acerca da questão das drogas, do internamento involuntário e de si mesmos, observando como tais processos interferem nas dinâmicas relacionadas às suas identidades.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 O Campo e seus protagonistas

A amostra da pesquisa, de acordo com Turato (2003), pode ser considerada como uma amostra intencional, por se tratar da seleção e convite de uma instituição e/ou grupo específico de pessoas com características relevantes ao objeto pesquisado. Foi composta por 50 participantes de ambos os sexos, que, no momento da coleta de dados, se encontravam internados involuntariamente em uma das três clínicas de reabilitação particulares visitadas, todas localizadas na Região Metropolitana do Recife. Entre os 50 participantes, 12 foram selecionados para participar da segunda etapa do estudo, composta por entrevista semiestruturada individual.

Foram utilizados como critérios de inclusão: os participantes serem adultos ou jovens adultos, internados involuntariamente, ou seja, a internação tendo sido realizada a partir de ordem médica ou por iniciativa de seus familiares, não havendo o consentimento inicial do sujeito. Como critérios de exclusão foram considerados: presença de sintomatologia psicótica; comportamento agressivo ou hostil; comprometimento cognitivo ou estado de sedação medicamentosa. Tais informações foram obtidas através da observação prévia dos prontuários médicos nas instituições pesquisadas.

O estudo foi realizado em três instituições, sendo duas delas classificadas como clínicas psiquiátricas e uma como comunidade terapêutica, todas elas privadas. Os três campos de pesquisa possuem aspectos em comum: todos eles fazem parcerias comerciais com planos de saúde específicos, e afirmam notificar os internamentos, sejam eles voluntários ou involuntários ao Ministério Público de Pernambuco (MPPE), conforme regulamentação. Iremos ilustrar a seguir as especificidades de cada uma das instituições, e, no intuito de garantir o sigilo dos espaços e de seus interlocutores, os nomeamos como Espaço Azul, Espaço Verde e Espaço Amarelo.

5.1.1 Espaço Azul

O Espaço Azul encontra-se em funcionamento há 26 anos. Recebe para tratamento pacientes não apenas com o diagnóstico de dependência química, mas também múltiplos transtornos psiquiátricos, entre eles depressão, bipolaridade e transtornos de personalidade. Recebe pessoas de ambos os sexos a partir de 18 anos os 75 anos. Funciona 24 horas, 7 dias

por semana, não apenas na modalidade de internamento, mas também como urgência e emergência psiquiátrica.

Possui equipe multidisciplinar composta por: médico psiquiatra, médico clínico, psicólogos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, arteterapeuta, nutricionista, educador físico e mestre de yoga. Oferece atendimentos individuais e atividades em grupo. Todos os pacientes realizam tratamento medicamentoso, administrados pela equipe de enfermagem. Possui três alas diferentes, nas quais os pacientes são divididos por tipo de acomodação (apartamento individual e coletivo), sexo e nível de gravidade dos quadros apresentados.

A capacidade máxima da instituição é de 75 pacientes, e no momento encontra-se em expansão. Faz parceria comercial com cinco diferentes tipos de planos de saúde e também internamento privado, em demanda espontânea, quando os serviços são solicitados sem intermédio de planos de saúde, mas diretamente com a instituição.

O Espaço Azul possui consultório individual para atendimento psiquiátrico e psicológico, além de espaço para atividades em grupo. Nas áreas comuns, como pátio e piscina, os pacientes interagem independente da ala em que se encontram. Não existe período mínimo ou máximo de internação, sendo o processo de alta realizado de acordo com a evolução do paciente.. O acesso das famílias ao local e aos pacientes acontece presencialmente e também por telefone, sendo tais encontros promovidos ou suspensos mediante a evolução terapêutica.

5.1.2 Espaço Verde

O Espaço Verde encontra-se em funcionamento há 14 anos. Recebe para tratamento pacientes com diagnóstico de dependência química e/ou comportamental (dependência de jogos de azar, etc.), podendo os mesmos apresentar alguma comorbidade psiquiátrica como depressão, ansiedade e transtorno de personalidade. Recebe apenas pacientes do sexo masculino, a partir de 18 anos até os 60 anos. Funciona 24 horas por dia, 7 dias por semana, tanto na modalidade de internação psiquiátrica como no formato de hospital-dia.

Possui equipe composta por: médico psiquiatra, psicólogos, técnico em dependência química, arteterapeuta e educador físico. Oferece atendimentos individuais e atividades em grupo, baseado no programa dos 12 passos dos Narcóticos Anônimos, associado à terapia medicamentosa. Presta atendimento sistemático aos familiares dos pacientes internos. Realiza reuniões quinzenais com as famílias dos pacientes, tanto dos que estão internos no momento, como também de egressos.

A capacidade máxima da instituição é de 20 pacientes, não possuindo distinção de acomodação ou alas. Faz parceria comercial/financeira com quatro planos de saúde diferentes e também internamento privado, em demanda espontânea. Não havia nenhum paciente internado compulsoriamente à época da coleta de dados, e cerca de 50% dos internos se encontravam no local voluntariamente.

O local possui ampla área verde, pista para caminhada, piscina, academia e horta. Possui consultório individual para atendimento psiquiátrico e psicológico, além de espaço para atividades em grupo.

5.1.3 Espaço Amarelo

O Espaço Amarelo encontra-se em funcionamento há 12 anos. Recebe para tratamento pacientes com diagnóstico de dependência química e/ou comportamental e múltiplos quadros psiquiátricos como depressão, transtornos de ansiedade e de personalidade. A unidade que visitamos (a unidade I) recebe apenas pacientes do sexo masculino, a partir de 18 anos até 65 anos funcionando 24 horas por dia, 7 dias por semana. Além disso, faz parceria comercial com planos de saúde e também internamento privado, em demanda espontânea.

Possui quadro de funcionários composto por médico psiquiatra, médico clínico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, consultores em dependência química, educador físico, terapeuta ocupacional e mestre de yoga. Oferece atendimentos individuais e atividades em grupo, baseado no programa dos 12 passos dos Narcóticos Anônimos e na Terapia Racional Emotiva, associado à terapia medicamentosa. Presta atendimento sistemático aos familiares dos pacientes internos em uma outra unidade. Recebe pacientes compulsoriamente, mas não foi possível termos acesso ao dado referente à número de pacientes no local internos nessa modalidade.

O local é composto por área verde, piscina, academia, espaço para grupos. Possui consultório individual para atendimento médico e psicológico.

5.2 Procedimentos para coleta de dados e instrumentos utilizados

Anterior ao início da coleta de dados, foi realizado o contato com as instituições participantes, em busca de fazer o convite para participação da pesquisa e esclarecer os seus objetivos, primeiramente por telefone e em seguida presencialmente. Num segundo momento, foi apresentada a Carta de Anuência por escrito, em busca de obter a autorização formal para a realização do estudo. Após esta etapa, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa

(CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) e após a sua aprovação - CAAE: 12821419.2.0000.5208 (ANEXO A) - foi iniciada a coleta de dados, que ocorreu entre os meses de janeiro a março de 2020, a qual foi realizada em dois momentos.

Na primeira etapa do estudo os sujeitos, foram abordados, após seleção inicial dos participantes através da leitura de seus prontuários seguindo os critérios de inclusão e exclusão, entre eles a involuntariedade da escolha do tratamento na chegada do paciente, item exposto na documentação e enviada aos Ministério Público na data de sua internação. Após serem esclarecidos os objetivos da pesquisa, e os participantes terem consentido sua participação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), responderam ao questionário de pesquisa (APÊNDICE B), composto por perguntas de caráter sociodemográfico (sexo, idade, religião, raça, escolaridade, profissão, estado civil e renda familiar), como também, por questões objetivas sobre as substâncias psicoativas utilizadas e os seus respectivos padrões de consumo. Também foram trazidas questões referentes ao processo de internação involuntária, entre elas, uma acerca de quem partiu a iniciativa da internação, uma solicitando a indicação da quantidade de internamentos vivenciados e a última sobre o tempo atual da internação em curso. No total, 50 participantes responderam ao questionário de pesquisa.

A escolha do questionário como instrumento de pesquisa ocorre na medida em que este pode ser utilizado para coletar dados de amostras maiores, num curto período de tempo, Além disso, através da padronização das perguntas há uma redução do risco de interpretações equivocadas (ALMEIDA, 2005). Os questionários foram aplicados de forma coletiva, com no máximo 4 participantes, em busca de acompanhar o preenchimento de cada sujeito e sanar quaisquer dúvidas que pudessem ocorrer.

Após a concretização da fase descrita anteriormente, todos os participantes eram convidados à realização de uma entrevista semiestruturada, que ocorreu de forma individual, em um ambiente adequado fornecido pela instituição, sendo realizada no total 12 entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas para facilitar sua análise. A entrevista semiestruturada é uma técnica na qual o pesquisador faz uso de um roteiro pré-estabelecido (vide modelo no APÊNDICE C), mas flexível, que pode ser adaptado, conforme o curso da conversa (TURATO, 2003). As perguntas contemplaram questões relativas à experiência dos usuários com relação à utilização de substâncias psicoativas, assim como, sobre o processo de internação involuntária.

5.3 Procedimentos para a análise dos dados

A análise dos dados foi realizada em duas etapas distintas. Em um primeiro momento, observou-se os dados obtidos através dos questionários, que foram tabulados e analisados em busca de caracterizar a população pesquisada, apresentando as informações demográficas e posteriormente informações relativas ao processo de internação involuntária e padrão de uso das substâncias psicoativas.

O segundo momento foi dedicado às entrevistas semiestruturadas, buscando, através da análise dos temas e conteúdos emergentes nas falas dos próprios usuários, observar as representações sociais a respeito da internação involuntária e, possíveis influências no processo identitário dos participantes. Com essa finalidade, foi utilizada a Análise de Conteúdo, que, segundo Bardin (1979, p. 31) pode ser definida como:

[...] um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens.

É importante pontuar que se faz necessário partir dos conteúdos tais como eles se manifestam e não falar através dele, no sentido de evitar uma projeção subjetiva durante o processo de análise, que incidiria na imposição dos valores e crenças do pesquisador no texto produzido. A partir das técnicas propostas pelo método, é possível fazer inferências sobre o trecho objetivo comunicado, embasando-as teoricamente e a partir do contexto histórico e social de sua produção (CAMPOS, 2004).

Bardin (1979) aponta três fases para a análise de conteúdo: a pré-análise, que consiste na seleção do material, formulação de hipóteses e objetivos; e elaboração de indicadores para a interpretação dos resultados; a análise do material coletado, que abarca a codificação, categorização e quantificação da informação; e o tratamento dos resultados, a partir de procedimentos diversos.

Moscovici (2012) observa que as representações sociais possuem uma estrutura temática e estas se tornam pontos de referência para se compreender a estabilização ou desestabilização de conceitos ou de ideias. Desta forma, nesta pesquisa, foi realizada uma análise do tipo temática que, de acordo com Minayo (2004, p. 209), tem como objetivo “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado”. As informações colhidas através dos instrumentos de pesquisa, foram submetidos à análise e ao isolamento de temas, a partir do problema pesquisado e dos objetivos do estudo.

No próximo capítulo iremos observar e discutir os resultados obtidos durante o percurso metodológico realizado.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo são expostos e discutidos os dados obtidos por meio da pesquisa realizada, sendo estes apresentados em dois momentos: o primeiro se refere à análise do levantamento do perfil sociodemográfico e padrão de consumo do recorte de pesquisa; o segundo trata da análise do conteúdo dos dados obtidos através das entrevistas semiestruturadas, em busca de observar as representações sociais acerca do internamento involuntário e sua relação com os processos identitários.

6.1 Perfil sociodemográfico dos usuários de substâncias psicoativas

A partir da aplicação do questionário de pesquisa, buscamos traçar o perfil sociodemográfico dos sujeitos que se encontram em situação de internação involuntária ocasionado pelo uso de substâncias psicoativas na Região Metropolitana do Recife. Acreditamos que a análise de tais informações é de fundamental importância, pois se configura como o primeiro passo em direção à contextualização da população sobre a qual estamos falando, observando suas especificidades.

Dos 50 participantes que responderam ao questionário, a maioria se identificava como do gênero masculino (84,0%) e mais da metade afirmava ser solteiro (62%). Tais achados caminham na mesma direção de estudos realizados em diferentes estados do país acerca do perfil sociodemográfico de usuários de drogas, onde foi observado uma prevalência maior de uso abusivo de substâncias psicoativas entre o público masculino (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006; ARAÚJO et al, 2012; ALMEIDA, 2014; CANTARELLI, 2014; MORAIS, 2018; SANTOS et al, 2019). No estudo de Oliveira et al (2011), sobre o perfil sociodemográfico de pacientes em internações psiquiátricas voluntárias e involuntárias, foi apontado haver um percentual maior de internações de pacientes do sexo masculino e solteiros (sem cônjuge ou parceiro fixo). Com relação à predominância de pacientes com este estado civil, os autores observam que pacientes com transtornos mentais, em geral, podem apresentar maior dificuldade em dar início e permanecer em um relacionamento conjugal.

Estudos apontam que o consumo de drogas por mulheres é mais frequentemente estigmatizado pela sociedade, havendo presença maior de sentimento de culpa, vergonha e baixa autonomia, o que termina afastando-as dos serviços terapêuticos, contribuindo para a disparidade numérica e para a chegada das mulheres nos serviços mais tarde, geralmente com quadros mais agravados (OLIVEIRA; PAIVA; VALENTE, 2006; ARAÚJO et al, 2012; ALMEIDA, 2014; CANTARELLI, 2014; MORAIS, 2018; SANTOS et al, 2019)..

Com relação à faixa etária, podemos observar que, predominantemente encontravam-se internados usuários adultos, entre 21 e 60 anos de idade (Gráfico 1).

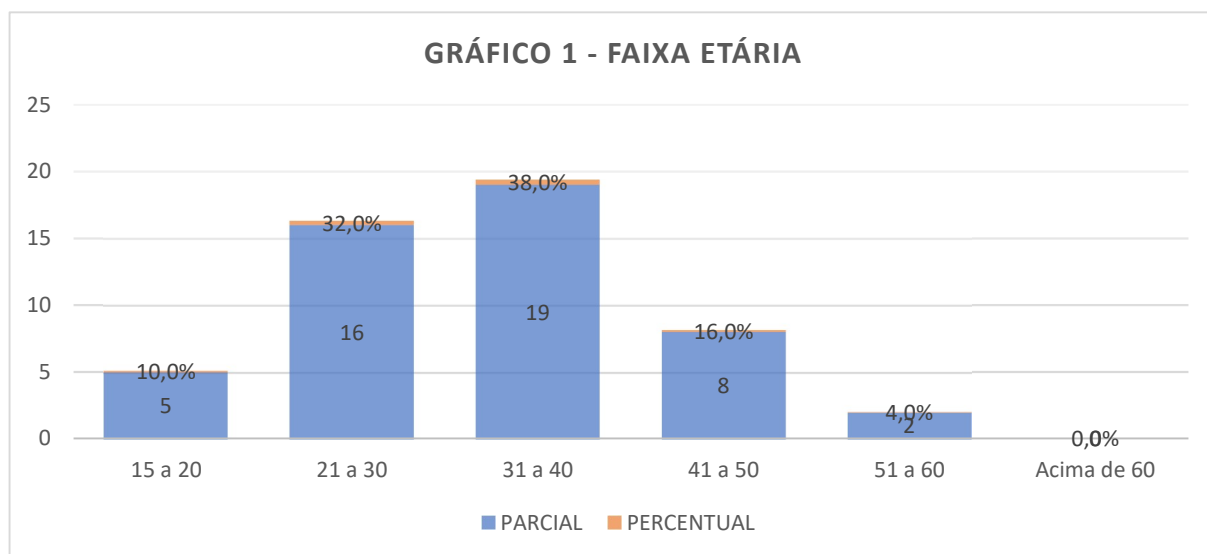


Gráfico 1 – Faixa Etária

Tais dados refletem aqueles obtidos por Oliveira (2018) que ressalta que há predominância desta faixa etária entre os internos em clínicas psiquiátricas. No estudo realizado por Moraes (2018) acerca do perfil de usuários de CAPS-AD em São Luiz do Maranhão, a maior demanda pelo serviço se encontrava entre os 25 e 29 anos. Já Freitas, Silva e Araújo (2012), a partir de um estudo realizados com o mesmo público no Piauí, observou que a maioria dos participantes tinha idade superior a 41 anos. Apesar dos dados variarem conforme a região geográfica, podemos observar que os adultos e jovens adultos compõem o principal público dos espaços de recuperação.

Com relação à escolaridade, foi observado nos dados obtidos que a maioria dos internos tinha pelo menos o ensino médio completo (64%). Tais dados trazem um contexto diverso quando comparado aos dados obtidos em pesquisas anteriores, onde foi observado que grande parte dos usuários de drogas haviam cursado apenas o ensino fundamental (ALMEIDA et al, 2014; ALMEIDA; LUIS, 2017; SANTOS, 2019). Tal disparidade pode ser compreendida ao observamos a renda familiar do recorte da pesquisa, à medida que um percentual significativo apresentava uma renda mensal maior que a média nacional (IBGE, 2019). Entre as ocupações apontadas pelos participantes estão: estudante, empresário, auxiliar administrativo, produtor cultural, motorista, serralheiro, bancário, pintor automotivo, comerciante, advogado, economista, auxiliar de engenharia, engenheiro, representante comercial, gastrônomo, vendedor e serviços gerais.

Ainda refletindo sobre os aspectos trazidos acima, ao observamos a realidade do recorte de pesquisa, compreendemos que ela representa um pequeno percentual da população brasileira que tem acesso à saúde privada.. Quando o processo de internamento é na modalidade privada, os custos são impraticáveis para a grande maioria da população brasileira, com diárias que iniciam a partir de R\$500,00 (47,84% do salário mínimo vigente em 2020), não estando incluso nesse valor assistência médica e medicação. Ao observarmos que as propostas de intervenção para dependência química em regime de internação dificilmente são inferiores a 30 dias (DIEHL, 2019), contabilizamos que o valor para custear um mês de internamento possuem estimativas que giram em torno dos R\$20.000,00 (pouco mais que 19 salários mínimos vigentes em 2020).

No que se refere à raça/cor dos usuários, podemos observar que 48% dos participantes se identificou como pardos e 34% como brancos. O dado é importante principalmente quando articulado com os números da categoria discutida acima, pois muitos associam o uso abusivo de substâncias psicoativas, principalmente as ilícitas, com a população preta e pobre, alvos recorrentes do processo de estigmatização, o que ampara políticas repressoras da “guerra às drogas”, principalmente no contexto das favelas metropolitanas brasileiras (OLIVEIRA, RIBEIRO, 2018; RODRIGUES, LABATE, 2018).

Como aponta Barros et al (2014, p.1238)

[...] o vínculo entre raça/cor e doença mental indica outra pista importante para se avaliar as dimensões políticas e sociais assumidas pelo saber e pela prática alienista na sociedade brasileira das últimas décadas do século XIX. Sempre ciosos de resguardar a vastidão e a imprecisão dos limites definidores da doença mental, os psiquiatras partiam do princípio de que a loucura não escolhia cor, o que não os impediu de construir, sub-repticiamente, relações bastante próximas entre a doença mental e as “raças” consideradas inferiores. Para tanto lançaram mão, por exemplo, da ideia de que os negros e, sobretudo, os mestiços predispunham-se à loucura por serem povos degenerados por definição. Entretanto, mesmo quando não eram classificados a princípio como degenerados, os indivíduos pretos e pardos eram vistos como intelectualmente inferiores e, por isto, menos capazes de enfrentar e/ou adaptar-se às contingências do meio social, sendo assim ‘mais propensos’ à degeneração. [...] Os efeitos psicossociais do racismo é uma linha de interpretação recente da questão da saúde mental no Brasil. Todavia, há que se perguntar o quanto do pensamento eugênico ainda impregna a formação na área da saúde contribuindo na representação social dos profissionais, sobre o louco e a loucura.

Silva et al (2015) em sua revisão de literatura sobre a questão da raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) chama atenção para um ponto importante: apenas 3 dos 17 artigos analisados fizeram uso da variável pesquisada no processo de descrição dos usuários do serviço e nenhum dos três artigos discutiu os dados encontrados. Tal ponto demonstra a diminuição da relevância da dimensão étnico/racial no

processo de construção do binômio saúde/doença, o que demonstra ser uma esfera essencial para a legitimação e perpetuação de exclusão social.

No que se refere à religiosidade, a maioria dos sujeitos se identifica com religiões relacionadas à tradição judaico-cristã, entre elas o catolicismo (28%), o espiritismo (22%) e o protestantismo (18%). A religiosidade tem sido considerada em muitos estudos como um fator importante no que se refere à prevenção e tratamento do uso abusivo de substâncias psicoativas. De acordo com Abdala (2010, p.82) “para os usuários, a religiosidade funciona como fator preventivo secundário ou terciário, ajudando-os no abandono do consumo ou até na redução drástica, expondo-os a um menor prejuízo”.

No entanto, é importante questionar instituições que se baseiam na fé e oração para a reabilitação de usuários e dependentes de substâncias psicoativas, terapêutica comum em algumas Comunidades Terapêuticas (CTs). No levantamento realizado pelo IPEA (BRASIL, 2017) é observado que 82% das CTs se vinculam a igrejas e instituições religiosas, principalmente às de matriz cristã, estando 96,6% dos métodos e recursos terapêuticos concentrados nos processos de espiritualidade. Segundo os dados

41% de todas as vagas estão em CTs de orientação pentecostal, as quais, por sua vez, totalizam 40% do universo das CTs. Já CTs católicas ofertam 26% das vagas totais e representam 27% das CTs. As CTs que se declaram sem orientação religiosa específica oferecem 19% de todas as vagas, e representam 18% das unidades existentes no território nacional. As CTs que mencionaram vincular-se a outras religiões, que não as mencionadas no questionário, 22 oferecem 9% das vagas brasileiras, enquanto representam 9% das unidades. Por fim, as CTs de orientação evangélica de missão ofertam 5% das vagas totais e representam 7% das CTs (BRASIL, 2017, p.20).

Contudo, apesar do aspecto religioso ser central no processo de reabilitação da dependência química nesses locais, não existe consenso no que se refere à efetividade da fé religiosa no processo de recuperação dos sujeitos (ABDALA, 2010). Nesse sentido, se faz apropriado trazer as pontuações realizada por Farias (2019) quando observa que em muitas comunidades terapêuticas o objetivo é extirpar o mal. Tal objetivo visa que o sujeito retorne à uma condição de pureza conferida à ausência de vícios, havendo a naturalização de ritos e mecanismos disciplinares que se baseiam em penitências para desvios comportamentais ocorridos no local.

Sobre essa questão, é importante ressaltar os dados trazidos por Sezorte e Silva (2019) a partir de uma pesquisa realizada com usuários acolhidos em uma comunidade terapêutica religiosa localizada no Piauí, onde foi observado que muitos dos internos por não se adequarem

ao instituído nesses espaços, desistem, em muitas ocasiões fugindo do local, o que dificulta o seu processo de “purificação”.

Faz-se necessário não deixar de refletir sobre os fatores religiosos como parte dos modos de subjetivação de determinados sujeitos. Porém, se faz necessário considerar a individualidade destes nos processos relacionados à drogadição, observando-os a partir da esfera biopsicossocial, inerentes à sua compreensão e intervenção.

No gráfico abaixo, poderemos examinar os dados referentes às substâncias e padrões de consumo apresentados pelos sujeitos investigados. Como podemos observar, as bebidas alcoólicas são as substâncias mais frequentemente utilizadas pelos participantes do estudo, onde 28% sinalizaram fazer o uso diário e 48% realizar o uso semanal. Também é importante mencionar que 100% dos entrevistados realizaram o uso de álcool pelo menos uma vez na vida. Tal informação é importante, à medida que reflete pesquisas realizadas com diferentes públicos a respeito do uso de substâncias psicoativas (ALMEIDA, 2014; CANTARELLI, 2014; SANTOS et al, 2019; SEZORTE; SILVA, 2019), que apontam o álcool como uma das substâncias psicoativas mais frequentemente utilizada.

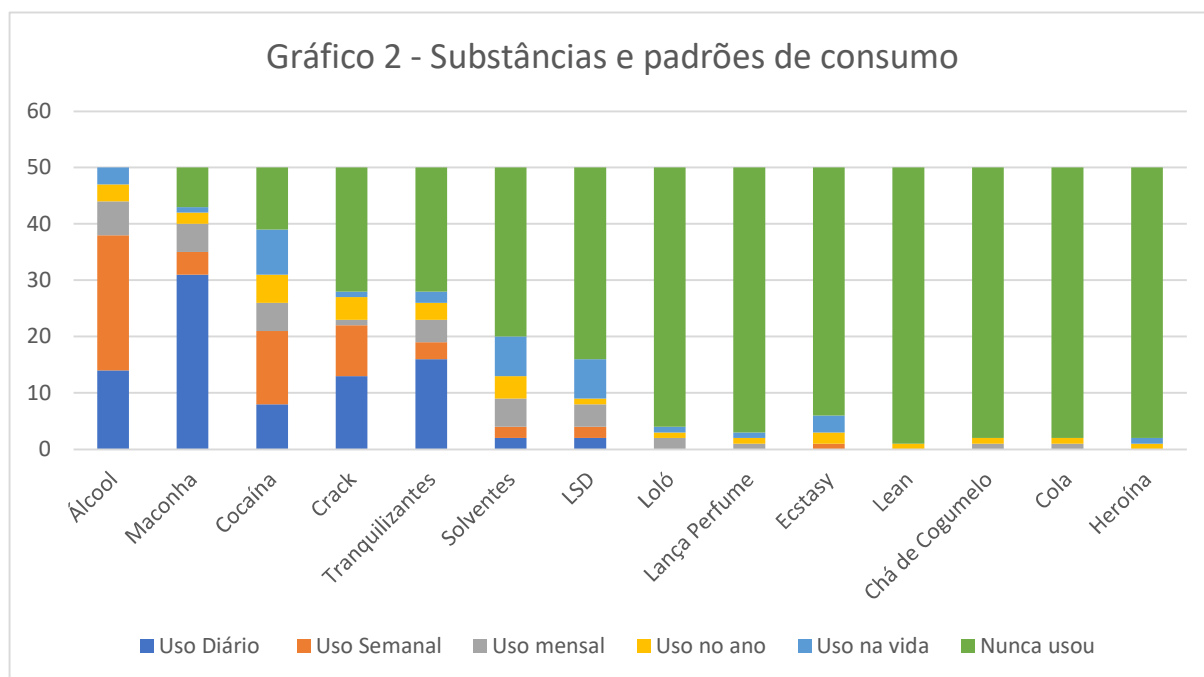


Gráfico 2 – Substâncias psicoativas e padrões de consumo

No último levantamento realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (BASTOS, 2017) à respeito do uso de drogas pela população brasileira, as informações relacionadas ao uso de álcool são consideradas as mais alarmantes, pois, segundo os dados, 2,3 milhões de pessoas entre 12 e 65 anos apresentaram critérios significativos para o diagnóstico da síndrome de dependência de álcool nos 12 meses anteriores à pesquisa.

De acordo com Garcia e Freitas (2015) 3,3 milhões de mortes pelo mundo são ocasionadas diretamente pelo uso considerado nocivo de bebidas alcóolicas, à medida que tal consumo é associado com quadros clínicos considerados como graves tais como câncer e cirrose, além de problemas mentais e comportamentais como depressão e suicídio. Nesse número também são creditadas as mortes decorrentes de acidentes automobilísticos relacionados à intoxicação alcóolica.

É importante refletir que as bebidas alcóolicas são consideradas drogas lícitas, sendo um artigo facilmente encontrado em grande parte de estabelecimentos comerciais, tanto no Brasil quanto no mundo. Além disso, tal uso é fortemente influenciado pelo marketing e pela mídia, já que são comuns propagandas relacionadas à substância (PAIVA et al, 2018; PORTO, RIOS; SOUZA, 2018).

Posto isso, se faz necessário mais uma vez questionar os critérios relacionados à classificação de uma substância como lícita ou ilícita, já que nos principais levantamentos realizados, o álcool figura como substância mais associada à prejuízos diversos, incluindo o óbito. Ainda assim, não são observados na sociedade atual movimentos relacionados à discussão de sua proibição ou de interrogação acerca da legitimidade de tal uso, como acontece com a maconha e seus derivados, apesar do contato com a substância ser na maioria das vezes precoce e fortemente disseminado, inclusive no ambiente familiar (LOPES et al, 2015).

A maconha ocupa o segundo lugar entre os psicoativos mais utilizadas pelos participantes da pesquisa, entre os quais 62% afirma fazer o uso da substância diariamente e 8% o uso semanal. A cocaína vem em terceiro lugar na nossa pesquisa, com 8% realizando uso diário e 26% realizando utilização semanalmente. Tais dados seguem a mesma direção dos pontuados na pesquisa realizada pela FIOCRUZ que observa a maconha como sendo a substância ilícita mais utilizada no Brasil, seguida pela cocaína (BASTOS, 2017).

O quarto lugar é ocupado pelo crack, com índices de 26% para o uso diário e 18% para o uso semanal. O consumo de crack tem íntima relação com a internação involuntária e compulsória à medida que a aproximação com tal droga é associada ao descontrole, incapacidade e marginalização (ACIOLI NETO, 2014). Tais apontamentos são importantes na medida que chama a atenção para as ações caracterizadas pela retirada dos usuários que se encontram em situações de rua e a obrigatoriedade de tratamentos realizados nas chamadas “cracolândias”, localizadas em diferentes estados do país. Conforme aponta Souto (2013, p.51)

os defensores da citada medida junto a crianças e adolescentes partiram de algumas premissas, entre elas: a de que o usuário de crack perde a capacidade de fazer escolhas e, portanto, de decidir sobre a sua própria vida; de que o Estado não pode ficar paralisado diante das cenas relacionadas ao uso de crack que tem estampado os

noticiários diários, sendo imprescindível a adoção de ações imediatas; de que o crack é uma droga “mortal”, diferente das demais no que se refere ao seu “poder” de causar dependência e, conseqüentemente, danos à vida do sujeito e, ainda, de que crianças e adolescentes não são responsáveis pelas decisões sobre sua vida, sobretudo quando a família não se faz presente. Entre as premissas apontadas, as três primeiras conduzem ao entendimento de que permeia uma crença que tal medida também seja pertinente com relação a adultos usuários de crack.

Não obstante, conforme ressalta Acioli Neto (2014), tais medidas que possuem forte caráter repressivo e higienista são frutos de um histórico de negligência no que se refere à assistência oferecida a pessoas que apresentam problemas com drogas, havendo a necessidade de discussão de tais condutas e um olhar humanizado para seus usuários, comumente discriminados.

Com relação aos tranquilizantes, tais substâncias figuram no quinto lugar entre as mais frequentemente consumidas pelos internos das instituições pesquisadas, 32% faz uso diário e 6% uso semanal. No levantamento publicado no ano passado (BASTOS, 2017) a utilização de opiáceos, analgésicos e benzodiazepínicos sem prescrição médica se revela preocupante, havendo a indicação de crescimento dessa categoria. Guimarães (2013) destaca que a automedicação, relacionada à utilização de tais substâncias, é realizada de forma ampla por trabalhadores de áreas diversas tais como, donas de casa e universitários. Entre estes, há destaque para estudantes e profissionais da área de saúde, onde tal prática é bastante comum.

A seguir, podemos observar na tabela abaixo os dados referentes à iniciativa do internamento involuntário como modalidade de tratamento:

Quadro 4 – Informações a Respeito do Processo de Internamento Voluntário		
Iniciativa pela internação	PARCIAL	PERCENTUAL
Mãe	25	50,0%
Pai	10	20,0%
Cônjuge/companheira (o)	2	4,0%
Filhos	3	6,0%
Voluntária	5	10,0%
Outro	5	10,0%
Quantidade de internamentos	PARCIAL	PERCENTUAL
Primeira internação	16	32,0%
Segunda	9	18,0%
Terceira	8	16,0%
Múltiplas internações	17	34,0%
Tempo atual de internação:	PARCIAL	PERCENTUAL
Entre 1 e 15 dias	5	10,0%
Entre 15 e 30 dias	5	10,0%
Entre 30 e 60 dias	13	26,0%
superior a 60 dias	26	52,0%

Quadro 4 - Informações a Respeito do Processo de Internamento Voluntário

É possível visualizar que 50% da decisão para o tratamento na modalidade de internação involuntária partiu das mães dos pacientes, seguido pelos pais, com 20%. O dado se mostra relevante, já que reafirma o lugar da mulher no que se refere à esfera do cuidado familiar e iniciativa da busca de serviços de saúde de modo geral. Estudos apontam que as mulheres são as responsáveis pelo lar, e assumem o lugar de responsáveis e cuidadoras dos membros da família que se encontram em condição de sofrimento ou adoecimento (GOMES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2007; PEGORARO; CALDANA, 2008; MEDEIROS, et al, 2013).

Ruiz e Marques (2015) sinalizam que as drogas, quando utilizadas de forma compulsiva, trarão interferência direta nos relacionamentos sociais e familiares dos sujeitos. Os sujeitos que constituem a rede de relação do sujeito-usuário apresentam intenso desgaste físico e emocional com a situação, além de sentimento de culpa e desesperança relacionadas ao uso e aos tratamentos realizados, já que as recaídas são constantes (MEDEIROS et al, 2013; RUIZ; MARQUES, 2015).

De acordo com Reinaldo (2017), a internação involuntária ocorre a partir do sentimento de impotência e desamparo de familiares, diante da possibilidade de a droga ter se tornado um risco para o próprio usuário e para as pessoas que convivem com ele. Em uma pesquisa realizada pelo autor (2017) sobre as experiências de familiares e usuários na internação não voluntária, foram observados que comportamentos de agressão verbal e física, furtos e prisões precedem a decisão por essa modalidade de intervenção, sendo utilizada, geralmente, como último recurso.

Apesar disso, não há consenso entre os familiares acerca da efetividade do tratamento nesse formato, o que gera discursos diversos: alguns apontando experiências de sucesso e outros acreditando que a permanência em clínicas de caráter fechado não se configura como a melhor alternativa.

Os familiares e usuários relatam violação de direitos e coerção em alguns locais de internação. Para os familiares, mesmo tendo conhecimento dessas situações, essa ainda é a melhor opção em relação à morte do usuário, algo inevitável com o uso contínuo da droga, quer seja pelo adoecimento físico, quer seja pela violência (REINALDO, 2017, p.1814).

Existem valores e representações acerca das drogas que permeiam o sistema familiar, e estes provavelmente irão interferir em condutas importantes de seus integrantes. Em uma pesquisa que se debruçou sobre representações sociais de familiares a respeito de substâncias psicoativas, realizada por Ribeiro et al (2013), foi observado o processo de significação das drogas como negativas, sendo estas percebidas como fator de destruição da família e de seus

vínculos. A partir daí, o uso, mesmo que em um contexto recreativo, geralmente é recriminado, ocasionando tensões, desgastes e afastamentos no âmbito doméstico.

Se faz necessário compreender a dinâmica familiar do usuário de drogas, em busca de perceber como esta interfere na relação que o sujeito estabelece com as substâncias. Algumas, podem ser consideradas como “famílias psicotóxicas” à medida que seus componentes buscam as drogas com a finalidade de aliviar sofrimentos e problemas diversos, mesmo diante do discurso proibitivo (GARCIA, 2018; PAZ; COLOSSI, 2018). Um ambiente familiar considerado instável, com ausência de elementos como afetividade, diálogo e compreensão, limites claros e disciplina acabam dificultando o enfrentamento das demandas e estressores pelo sujeito, o que termina sendo um fator de vulnerabilidade para o desenvolvimento de uma relação não saudável com os psicoativos de toda ordem (CARVALHO, 2011).

Cabe ainda mencionar que, em muitas situações, pode ocorrer ainda o processo conhecido como co-dependência, que se caracteriza pelo adoecimento mental e físico de pais e cônjuges que acabam atribuindo ao usuário o lugar central em sua vida, se responsabilizando diretamente pelo sucesso ou fracasso no que se refere ao tratamento. Na co-dependência ocorre um padrão cognitivo e comportamental considerado disfuncional, que acarreta sofrimento aos envolvidos, havendo a necessidade de suporte profissional à toda família (SOBRAL; CABRAL, 2012). Nesses casos, cabe ressaltar que dificilmente a intervenção em caráter fechado, sem compreender a interferência dos aspectos familiares, surtirá o efeito esperado pelas pessoas que decidem pela internação involuntária.

É importante observar ainda, que apesar de 10% dos participantes terem sinalizado a internação atual como voluntária, foi verificado nos prontuários documentação e avaliação médico/psicológica que ressaltava o formato da internação como involuntária, tendo sido um de seus familiares o responsável pelo processo, inclusive diante do Ministério Público, instância que precisa ser sistematicamente comunicada nos casos de internação no âmbito da saúde mental. A partir desse dado, é necessário refletir sobre os fatores relacionados à tal ponto de vista do sujeito, que reclama para si a iniciativa pela internação, mesmo diante da resistência apresentada em um primeiro momento para a realização do tratamento, o que sinaliza a vivência de ambivalência com relação ao processo (RUIZ; MARQUES, 2015).

No que se refere ao número de internações vivenciadas pelos participantes da pesquisa, podemos observar que 68% dos participantes do estudo apontam que o processo de internação não é o primeiro, sendo que destes, 34% indicam a presença de múltiplas internações, o que sinaliza número significativo de reincidência nos serviços.

De acordo com Jacinto (2014), alguns fatores estão intimamente relacionados ao processo de recaída, entre eles: baixa tolerância a frustrações; ausência de atividades e ocupações; apoio familiar deficiente; não reconhecimento da situação de impotência perante ao uso da droga; contato com amigos usuários; necessidade de aprovação e vinculação social; exposição à gatilhos que levam ao uso e ausência de acompanhamento profissional adequados

Para discutir os dados obtidos, faz-se necessário resgatar pesquisas que apontam a motivação e expectativas positivas por parte do sujeito, como essenciais, para que, de fato, haja resposta adequada a qualquer processo interventivo (CASTILHO, 2012; CRAUUS; ABAID, 2012; RONZANI, NOTO; SILVEIRA, 2012). Mesmo usuários que voluntariamente se disponibilizam a iniciar algum tipo de tratamento para a dependência de substâncias apresentam ambivalência no que se refere à interrupção do uso, logo, podemos considerar que, quando existe a involuntariedade do processo, este se torna muito mais difícil, podendo inclusive gerar o efeito oposto: o aumento do uso de drogas após a alta da instituição (RUIZ; MARQUES, 2015).

Numa pesquisa realizada por Almeida (2018) com usuários de crack, foi observado no discurso de seus participantes a importância da autonomia no que se refere ao desejo de interrupção do uso e início de um tratamento, para que haja real possibilidade de mudança na relação que o sujeito estabelece com a droga, sendo a voluntariedade essencial em todas as etapas do tratamento.

Com relação aos índices que apontam o tempo atual de internação a maioria dos participantes (52%) apresentam estadia nas instituições terapêuticas superiores a 60 dias.

Conforme a lei nº 13.840, sancionada pelo presidente Jair Bolsonaro, que privilegia a internação do tipo involuntária e compulsória para usuários de drogas, a permanência em unidades de saúde e hospitais não deve ser superior há 90 dias, tempo necessário para a desintoxicação da substância (BRASIL, 2019). No entanto, é possível observar, na prática, período bastante superior ao previsto.

Goffman (1987) observa que as instituições de caráter total proporcionam, de certa forma, uma cisão entre o vivido dentro do espaço de reclusão e o experienciado fora dele, e quando este internamento se estende por um período de tempo maior, ocorre o processo de institucionalização, onde os sujeitos vão perdendo algumas habilidades necessárias para o gerenciamento de sua vida em outros contextos. Tal fator pode estar relacionado às dificuldades relacionadas ao afastamento familiar, situação que ocorre com uma certa frequência durante o processo de internamento, e dificulta o retorno dos sujeitos para os seus lares. Mediante

observação de tais dificuldades, este retorno para casa e para a convivência familiar se constituía como um eixo central no processo de desinstitucionalização e diminuição de leitos trazidos pela reforma psiquiátrica.

Nesse sentido, os atendimentos psicossociais nos territórios, que caracterizam a atuação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e que incluem em seu rol de estratégias terapêutica a possibilidade da internação de curta duração, visam o não afastamento dos sujeitos do âmbito familiar e de seu contexto social, na tentativa de evitar o processo de segregação (AZEVEDO, SOUZA, 2017). Na medida que observamos os resultados da pesquisa, é possível afirmar que tais princípios no âmbito privado nem sempre parecem ser cumpridos, havendo espaços que parecem não terem sido atingidos pelo movimento da reforma, mantendo características asilares, o que é conveniente para a instituição e para alguns familiares, mas sendo altamente prejudicial ao sujeito institucionalizado.

Babinot (2016) observa que apesar de passada mais de uma década do movimento da reforma psiquiátrica não houveram alterações significativas no que se refere ao tempo médio de ocupação em instituições de saúde mental mediante o processo de internação, mesmo ocorrendo evolução nas terapias farmacológicas e métodos terapêuticos empregados. Em muitos desses espaços, o paciente é esquecido, sendo difícil o contato com a família, dificultando na prática, a reintegração psicossocial que muitas das instituições propõem em seu discurso.

6.2 Drogas, sentidos e identidades: diálogo com os internos

O *corpus* da pesquisa foi constituído por doze entrevistas, onze delas com usuários do gênero masculino, com idades que variaram entre 22 e 54 anos, e uma com uma mulher transgênero, de 21 anos de idade. É importante salientar que no corpo do trabalho foram trazidos nomes fictícios, em busca de preservar as identidades dos participantes, assim como, não houve a exposição dos espaços em que cada um deles se encontrava internado.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, e após a leitura exaustiva e minuciosa do material coletado, com o objetivo de apreender suas particularidades, foi realizada a seleção das categorias que orientaram a investigação. O conteúdo das falas dos participantes foi agrupado em três grandes eixos temáticos, que se subdividiram para uma melhor compreensão do objeto de estudo, norteando todo o processo de análise do conteúdo obtido. Tais eixos foram: 1) Relacionamento com a droga; 2) Sentimentos acerca do internamento

involuntário e 3) Mobilizações subjetivas e processo identitário. Vale salientar que tais categorias não são excludentes, dialogando entre si na busca de atingir os objetivos da pesquisa.

Segue abaixo dados relevantes acerca de cada participantes dessa etapa do estudo:

Quadro 5 - Caracterização dos participantes das entrevistas							
Participante	Idade	Raça	Profissão	Estado Civil	Religião	Substâncias utilizadas	Iniciativa/ N° de interações
Romeu	46	Branco	Autônomo	Solteiro	Católico	Bebida alcóolica, maconha, crack	Mãe - Múltiplas
Édipo	45	Branco	Produtor cultural	Solteiro	-	Bebida alcóolica, maconha, cocaína, crack	Mãe – Múltiplas
Otelo	32	Branco	Empresário	Solteiro	Espírita	Bebida alcóolica, maconha, cocaína, crack, tranquilizantes	Mãe e pai – Múltiplas
Lancelot	23	Pardo	Motorista	Casado	Espírita	Bebida alcóolica, maconha, cocaína, crack	Mãe - Primeira
Julieta	21	Pardo	Estudante	Solteiro	Espírita	Bebida alcóolica, maconha, tranquilizantes	Pai - Múltiplas
Bentinho	29	Branco	-	Solteiro	Católico	Bebida alcóolica e maconha	Pai - Primeira
Orfeu	54	Branco	Advogado	Solteiro	-	Bebida Alcóolica, cocaína	Irmão - Múltiplas
Jasão	37	Pardo	Advogado	Casado	Católico	Bebida alcóolica, maconha, crack	Pai - Segunda
Narciso	37	Pardo	Estudante	Solteiro	Católico	Bebida alcóolica, maconha, cocaína	Pai - Múltiplas
Marco Antônio	42	Branco	Bancário	Separado	Espírita	Bebida alcóolica, tranquilizantes	Família (pai)
Júlio César	39	Pardo	-	Solteiro	Protestante	Bebida alcóolica. Maconha, crack, tranquilizantes	Mãe - Múltiplas
Nacib	22	Pardo	Estudante	Solteiro	Espírita	Bebida Alcóolica e maconha, cocaína, crack	Mãe - Múltiplas

Quadro 5 - Caracterização dos participantes das entrevistas.

6.2.1 Sobre o relacionamento com as drogas

“Eu fiquei meio assustado, até por causa do que falavam, né? Mas gostei!”

(Romeu, 46 anos)

No primeiro eixo temático foram reunidos os discursos referentes à relação estabelecida entre o sujeito e a droga. Como foram observados diferentes estágios, cenários e protagonistas na convivência dos usuários com os psicoativos, em busca de ilustrar a discussão, trazemos tal percurso como o caminhar de um relacionamento amoroso, que evolui para uma relação considerada socialmente como abusiva ou tóxica. Para isto, tentamos visualizar o palco do primeiro encontro, assim como os principais atores e fatores que influenciaram para a patologização desse relacionamento.

Quadro 6 – Caracterização do primeiro contato com substâncias psicoativas			
Participante	Idade 1º uso de SPAs	Primeira Substância Utilizada	Meio Social
1 – Romeu	5/6 anos	Bebida alcóolica	Família (pais)
2 – Édipo	13 anos	Bebida alcóolica, maconha e loló	Amigos
3 – Otelo	12 anos	Maconha	Amigos do bairro
4 – Lancelot	12/14 anos	Maconha	Amigos do bairro
5 – Julieta	16/17 anos	Maconha	Amigos da escola
6 – Bentinho	16 anos	Bebida alcóolica e Maconha	Vizinhos
7 – Orfeu	12 anos	Bebida Alcóolica	Amigos da escola
8 – Jásão	13 anos	Éter, cola, maconha	Amigos da escola
9 – Narciso	15 anos	Maconha	Amigos da escola
10 – Marco Antônio	7 anos	Bebida alcóolica	Família (pai)
11 – Júlio César	15/16 anos	Bebida alcóolica	Amigos da escola
12 – Nacib	12 anos	Bebida Alcóolica e maconha	Família (pais)

Quadro 6 - Caracterização do primeiro contato com substâncias psicoativas

Como podemos visualizar no quadro acima, o primeiro encontro dos participantes com as drogas ocorreu, em sua maioria, durante a adolescência (entre 12 e 17 anos), geralmente no ambiente familiar ou escolar. As substâncias mais frequentemente utilizadas nesse primeiro contato foram o álcool (droga lícita) e a maconha (droga ilícita), o que caminha de acordo com dados encontrados em pesquisas realizadas acerca da adolescência e uso de psicoativos (PASUCH; OLIVEIRA, 2014; ELICKER et al, 2015; VARGAS, et al, 2015). É importante mencionar ainda que, como aponta Lima (2013) a maconha, apesar de ser classificada como ilícita é representada pelos jovens como um “problema menor” e que seu uso não trará interferência em suas vidas.

Foi observado que os sentimentos relacionados a esse primeiro encontro foi o de curiosidade, diversão, festa, êxtase, coragem, instiga, moda, inserção social. É importante ressaltar que, segundo Sousa (2017) não é incomum a evocação de conteúdos relacionados a sensações positivas e ao prazer no uso de substâncias psicoativas, apesar de tal ponto ser minimizado no discurso social predominante.

Foi percebida também a influência importante dos pares neste primeiro contato com a substância, que num primeiro momento foi utilizada como instrumento de integração, já que costumeiramente estas eram consumidas em grupo. Tais dados refletem as informações trazida a partir da pesquisa realizada por Trigo et al (2015) acerca das representações sociais de adolescentes acerca do consumo de drogas. Na pesquisa supramencionada observou-se os fatores elencados acima no consumo inicial dos psicoativos em jovens de escola particular. Nos recortes abaixo é possível observar exemplos dos aspectos levantados:

[...] sempre tive uma certa tendência, assim, eu sempre gostei, assim, de escutar sobre drogas [...]. Então, mesmo mais novo eu tava visualizando aquilo, então aquilo também me trouxe uma curiosidade, entendeu? (Otelo, 32 anos);

[...] tanto a questão da curiosidade, como também a questão de se inserir, no meio do, dos mais descolados da escola, né? Aquele pessoal mais descolado, né? (Júlio César, 39 anos).

Meus amigos eram todos mais velhos que eu, naquela época fumar e beber era moda, né? [...]. Era coisa mais linda do mundo (Marco Antônio, 42 anos);

Aí comecei a cheirar cocaína, e me deu uma estiga muito boa pra dirigir, então eu dirigia a noite todinha à vontade, sem dar sono, sem nada [...] (Lancelot, 23).

[...] o atrativo que eu sentia, eu me sentia aéreo, me sentia risonho, de início, né? [...] que eu me sentia... que achava legal ficar no meio da nuvem, mas não achava legal o cheiro, o gosto, porém o uso que eu fazia eu achava divertido, como um entretenimento (Bentinho, 29 anos);

Aí, comecei a usar mais velho, eu já comecei a usar mais cocaína, mais final de semana, mas em pouca quantidade, era uma grama pra duas, três pessoas, pra gente cheirar e ir pra boate dançar. Ainda tinha divertimento, ainda era um uso recreativo, ainda era um uso bem recreativo. A gente chegava, dançava, passava a noite na madrugada, na boate, ia até de manhã dançando, chegava em casa tranquilo, dormia e no outro dia já não usava mais (Romeu, 46 anos);

Também foi possível apreender nos conteúdos evocados que muitos dos sujeitos, desde a infância, estavam inseridos em um contexto doméstico e social onde as substâncias estavam sempre presentes, e tal familiaridade auxilia para que o psicoativo seja representado como algo familiar, natural. Inclusive, é possível visualizar que, em muitas ocasiões, esse primeiro contato

era incentivado pelos pais, o que termina por promover um encontro ainda mais prematuro com a substância, como trazido por alguns dos participantes que ainda na infância já vinham sendo “seduzidos” pelo contato e familiaridade com a droga. Podemos ilustrar tais pontos nas falas abaixo:

[...] eu me lembro que a primeira vez que eu me embriaguei eu tinha entre os cinco ou seis anos e os meus pais bebiam com os meus tios, e deixavam a cerveja na mesa, e a gente brincando; eu vendo, pegava, dava um gole (Romeu, 46 anos);

[...] como era uma coisa meio natural até nesse meu meio, em certa parte no meu meio familiar também, tinham pessoas que faziam, que fazem uso de cannabis, então era como se fosse uma coisa natural, que não prejudicasse (Otelo, 32 anos);

Minha experiência com o álcool começou cedo, quando eu era pequeno, tinha uns sete anos de idade. Eu me lembro que meu pai, quando a gente sentia sede na praia, ao invés de dar água, ele nos dava cerveja para matar a sede (Marco Antônio, 42 anos);

[...] começou com 12 anos, através dos meus pais. Meu pai me ofereceu meu primeiro baseado e minha mãe me deu o primeiro copo de cerveja. Eles sempre usaram drogas na minha frente, era coisa normal (Nacib, 22 anos).

A adolescência é percebida como a fase de transição entre a infância e a vida adulta, sendo uma fase onde há a necessidade de individualização para a consolidação de seu processo identitário. Existem inúmeros fatores relacionados ao contato do jovem com a substância, entre eles biológicos, familiares e culturais, que irão interferir em quando e como esse encontro será realizado (CANAVEZ; ALVEZ; CANAVEZ, 2010).

Conviver num lugar onde o consumo de substâncias psicoativas é aceitável é uma porta que se abre para que o adolescente também seja aceito. Viver numa sociedade que incentiva o uso, como por exemplo, pela mídia, venderá a ideia de que uma droga, mesmo que lícita, seja algo bom e consequentemente será adotado por um consumidor influenciável como o adolescente (CANAVEZ, ALVEZ; CANAVEZ, 2010, p.60).

Podemos perceber que o objeto droga assume diferentes sentidos para os sujeitos. Cardoso et al (2014) apontam que os psicoativos são observados de forma dicotômica pelos usuários, por um lado, como objetos promotores de prazer e de alívio de sentimentos desconfortáveis e, por outro, como geradores de sofrimento individual e conflitos no âmbito familiar e social, à medida que se estreita o vínculo com a droga. Foi percebido na fala dos participantes que, em um determinado ponto, o convívio deixou de ser representado como saudável (caracterizado como o uso esporádico, recreativo, sob controle) para se tornar uma

compulsão (uso abusivo e dependência química), se delineando então uma relação abusiva, cercada de perdas e conflitos.

Nesse ponto, os sujeitos observam que o início do uso de drogas sintéticas (cocaína, crack) foi um marco importante no que se refere ao começo das dificuldades atreladas aos psicoativos. Obsessão, medo, vício, dependência, derrocada, abuso, frustração, arrependimento, fuga e crise foram alguns dos marcadores utilizados pelos participantes para representar tal vivência na relação com a droga. Sousa (2017) e Santos et al (2016) apontam a recorrência de termos como vício e dependência em estudos anteriores realizados no âmbito das representações sociais das drogas, corroborando nossos resultados.

É importante ressaltar que Lima (2013), em uma pesquisa realizada com jovens em cumprimento de medidas socioeducativas, observa que o uso de cocaína e crack indica, em muitas ocasiões, problemas relacionados à perda de vínculos na esfera social, afetiva, educacional e profissional, assim como dificuldades relacionadas à saúde, autoestima e autoconfiança. Os fragmentos abaixo ilustram algumas dessas experiências:

Aí eu fiquei cheirando cocaína até... só que teve uma hora que o dinheiro não dava pra cocaína, e a renda do Uber era pouca para essas coisas todas, aí eu fui e comecei a usar crack. Um amigo meu quem disse: é a mesma coisa que cocaína, não sei o que. Só que não é. O efeito é mais curto, entende: Aí você acaba usando mais pedra. E o vício também é muito pior, é horrível (Lancelot, 23 anos);

A cocaína eu passei 6 meses usando, foi o único período que eu passei usando cocaína foram esses 6 meses...e... muito assustadora pra mim, eu diria. Porque realmente, passei 6 meses em ininterrupto, praticamente todos os dias eu usava, eu tinha que ter, eu tinha que guardar. Pra você ter ideia, eu tinha que guardar, pra quando acordar, cheirar e levantar, se não, eu não conseguia levantar da cama (Júlio César, 39 anos);

[...] quando eu ia trabalhar, passava na boca, comprava o crack, comprava a maconha, e ia trabalhar, na volta eu já voltava usando... e aí descobri depois o tiro, que era direto na pedra, na cinza da lata, né? Que hoje fazem no cachimbo. E aí foi muito rápido a derrocada, foi negócio de seis meses eu desmanchei tudo que tinha feito em minha vida (Romeu, 46 anos);

A minha intenção era dissociar o uso da cocaína do uso do álcool [...]. Já era um uso semanal [...]. Assim, mas eu usava dois, três dias seguidos, e com 28 anos eu experimentei o crack e acabei ficando dependente do crack [...] e trocando as outras drogas pelo crack (Édipo, 45 anos).

Outro fator relacionado ao início do uso abusivo das substâncias psicoativas foram problemas interpessoais e de relacionamento, em que a droga em alguns momentos funcionava como estratégia de fuga, um bálsamo, para em seguida se tornar mais um fator de preocupação.

Nesse sentido, a droga muitas vezes transita do lugar de objeto promotor de prazer e comunicação social para o de “medicação”, na busca de aliviar o stress e sentimentos relacionados à depressão e a ansiedade. Foi percebido, a partir dos relatos, que nessas ocasiões o uso, muitas vezes, é realizado de forma individual, solitária, se desarticulando do processo que inicialmente se constitui como veículo de interação e reconhecimento social. Podemos observar trechos relacionados a essa questão abaixo:

Comecei, assim, aos doze anos de idade, eu sou filho adotivo, eu soube aos doze anos de idade que era adotivo. Fiquei meio revoltado, fiquei angustiado, revoltado [...]. Eu não aceitei, eu acho, eu tinha doze anos já, eles deviam ter contado mais cedo[...]. Eu não gosto de culpar meus pais por isso, entendeu? Tenho muita depressão, sou muito ansioso, às vezes eu tenho muito autoestima baixa por ser filho adotivo [...] (Dorian, 31 anos);

Então eu saí de casa e fui morar com essa menina (namorada) num apartamento que minha avó me deu, e era um problema grande, uma confusão, e foi daí que começou toda a dependência crítica e degradante, tanto da minha parte, como da parte dela, de vender, vender objetos quando acabava, quando acabava o dinheiro, pra ir até onde eu pudesse ir [...]. O crack sempre junto com o álcool (Otelo, 32 anos);

Eu estava passando por um momento difícil da minha vida, dificuldades com relação a aspectos profissionais, amorosos, usava pra esquecer um pouco esses problemas (Édipo, 45 anos).

Ao acompanharmos os relatos de nossos participantes, observamos que houve um *continuum* entre a relação abusiva com as substâncias psicoativas e o primeiro internamento ocasionado por ela, que na maioria dos relatos se deu de forma involuntária. Podemos observar abaixo (Quadro 5) os dados relacionados a este episódio, mais especificamente, as idades em que ocorreram a primeira internação, a substância utilizada nesse período e a voluntariedade ou não da escolha por esse tipo de intervenção.

Quadro 7 - Caracterização do primeiro internamento ocasionado pelo uso de drogas			
Participante	Idade 1º Internamento	Substâncias utilizadas no período	Modalidade
1 - Romeu	32 anos	Crack	Voluntário
2 - Édipo	30 anos	Bebida alcóolica, cocaína e crack	Voluntário
3 - Otelo	21 anos	Bebida alcóolica, crack	Voluntário
4 - Lancelot	23 anos	Cocaína, crack	Involuntário
5 - Julieta	17 anos	Maconha	Involuntário
6 - Bentinho	29 anos	Bebida alcóolica e maconha	Involuntário
7 - Dorian	16 anos	Bebida alcóolica	Involuntário
8 - Orfeu	13 anos	Bebida alcóolica	Involuntário

9 - Jasão	29 anos	Crack	Involuntário
10 - Marco Antônio	35 anos	Bebida alcóolica	Involuntário
11 - Júlio César	15/16 anos	Bebida alcóolica	Involuntário
12 - Nacib	19 anos	Bebida alcóolica, maconha e cocaína,	Involuntário

Quadro 7 - Caracterização do primeiro internamento ocasionado pelo uso de drogas

É importante salientar que o período decorrido entre o início de uso e o primeiro internamento é bastante diverso, com alguns dos entrevistados sendo internados no mesmo ano em que iniciou o uso da substância psicoativa e outros trazendo um intervalo de tempo entre 10 e 20 anos. Se faz necessário observar ainda que 4 dos 12 entrevistados afirmaram que foram internados a primeira vez em decorrência do uso exclusivo de bebidas alcóolicas, e outros 4 pontuaram o uso abusivo de bebida alcóolica associado a outras substâncias à época do processo de internamento.

No que se refere ao processo da primeira internação, os sentimentos trazidos pelos participantes são o de deterioração, sofrimento, descontrole, doença e morte. Os primeiros elementos observados são os relacionados ao adoecimento físico e/ou mental associados ao descontrole do uso, que terminou por ser um dos fatores decisivos para o processo de internação, conforme observamos nos recortes abaixo:

Eu liguei para um tio [...] e disse: tio, se o senhor não vier me buscar eu vou morrer, ou eu vou me matar. Porque eu não estava aguentando mais, porque meu uso tava muito, muito sério, muito, muito grande mesmo. Eu tava usando vinte e quatro horas o crack, tava chegando de dez da manhã e só saia dez da manhã do outro dia, e só tomando água (Romeu, 46 anos);

Eu descobri que eu continuava caminhando em um labirinto, já fazia o uso espaçoso das drogas, era um abuso que eu fazia das drogas, não usava com continuidade, mas desses abusos que eu fazia eu tinha uma certa...um surto psicótico. Nesse surto psicótico eu sempre fui para hospitais psiquiátricos e lá eu ficava durante algum tempo até eu recobrar minha consciência. Já tive surto psicótico com bebida, com maconha [...] (Orfeu, 54 anos);

[...] teve uma época que eu tive uma crise existencial. Eu comecei a acreditar que eu era um deus, o deus do sol, Apolo. Porque toda vez que eu fumava eu entrava em estado de meditação e transcendia. E nesse estado de transcendência eu tava conversando com deus mesmo, [...]. Aí me internei...não lembro de muita coisa (Julieta, 21 anos);

Outro fator importante trazido pelos participantes da pesquisa foi o contato com a criminalidade e a violência devido ao uso abusivo de drogas, funcionando esse como um critério para as famílias optarem pela internação, que em algumas ocasiões serviam como estratégia,

não apenas para interromper o uso, como também para evitar punições de infrações no âmbito judicial.

Comecei a fazer assalto e foi essa minha vida. Parei de rodar Uber, comecei a fazer, infelizmente [...] comprei um revólver e comecei a fazer assalto, tudo. Aí um policial me ameaçou de morte, lá onde eu moro [...]. Aí ele foi e falou pra minha mãe [...] confessei a ela a história toda como tava acontecendo. Aí, ela disse assim: “você consegue parar de usar droga?” eu disse: “consigo!” Aí não consegui. [...]. Ela disse: “vou lhe internar, é o jeito, não sei o que (Lancelot, 23 anos);

Eu tinha dinheiro para financiar o vício, mas em 2008 eu já não tinha mais dinheiro, então comecei a roubar para sustentar o vício, por isso fui preso em 2008. Minha família tinha dinheiro, mas para usar não me davam, claro. Pagaram um advogado e eu saí rápido, em seguida fui internado em uma instituição (Jasão, 37 anos);

Eu...decaí em tudo. Voltei a beber. A cheirar, e guardar essas substâncias em casa né? Fui preso, passei três anos preso, tudo isso por causa do vício, tudo isso por causa de...das drogas, porque não tinha necessidade. Tudo isso porque eu não quis dizer ao meu pai, por exemplo, que eu tava devendo uma certa quantia ali, então eu aceitei guardar uma bolsa para ganhar tanto pra pagar aquilo ali, porque eu sabia que se eu dissesse que tinha voltado ao uso eles iam me internar aqui involuntariamente de qualquer jeito (Otelo, 32 anos).

Daodelin e Ratton (2017), em uma pesquisa realizada acerca do mercado das drogas na cidade de Recife-PE, observam que a necessidade de quantidades cada vez maiores de substâncias psicoativas para garantir o efeito prazeroso inicial, devido ao desenvolvimento da tolerância, e a evitação dos desconfortos associados à abstinência trazem como consequência o uso compulsivo. Tal urgência, pode influenciar o sujeito a cometer furtos e outros delitos, tanto para conseguir financiar o psicoativo, como para pagar dívidas realizadas com o tráfico em momentos de fissura. Os autores (2017) apontam que o álcool, a metanfetamina e o crack são as substâncias que mais comumente estão relacionadas a esse tipo de conduta.

6.2.2 Sentimentos acerca do internamento involuntário

“O tratamento involuntário não funciona pelo seguinte motivo: pra pessoa parar de usar, a pessoa tem que querer parar de usar” (Nacib, 22 anos).

Aqui foram reunidos os conteúdos referentes aos sentimentos relacionados ao internamento involuntário. Ao longo do processo de análise foram percebidos três tipos de posicionamento acerca do tema: quatro dos entrevistados sinalizaram ser a favor, três deles afirmaram se contra e cinco demonstraram ambivalência no que se refere à questão. A diversidade de posturas e vivências com relação à experiência, demonstra o quanto a questão é

arbitrária, sendo vivenciada de forma individual por cada sujeito, demonstrando quão perigoso é o processo de generalização de condutas quanto ao processo de intervenção.

Com relação aos que afirmaram ser favoráveis ao internamento, os participantes se remetem ao processo como salvação diante da relação abusiva com as drogas, no entanto, na maioria das vezes, exige um processo de aceitação e adaptação, à medida que a decisão não parte do próprio usuário. Como podemos observar nos trechos abaixo:

[...] falando de uma forma geral, eu acho uma coisa assim muito importante que exista, que seja regulamentada pelo governo, né? Pra que ... porque eu acho que na verdade é uma atitude de amor, é uma atitude de cuidado da família para com o seu ente, né? Que muitas vezes realmente precisa ser retirada da sociedade, precisa passar por um processo de desintoxicação, né? Muitas vezes essa pessoa ela já tem alguma comorbidade [...]. Então eu acho super importante essa questão da internação involuntária, porque as drogas que estão aí, principalmente o crack, né? deixam as pessoas realmente muito impotentes. As pessoas usam, realmente muitas vezes até sem querer. Não quer usar, mas não consegue deixar de usar. [...] que tenha uma, uma boa fiscalização. Porque a gente sabe que não são todas as instituições que trabalham de uma forma... adequada (Júlio César, 39 anos).

Assim, no meu caso foi a salvação, tá entendendo? Não sei se o caso de todos, acho que tem gente que consegue parar sozinho, eu não sei... mas no meu caso, me salvou, né? (Lancelot, 23 anos)

Eu acho necessário, quando se coloca em risco a vida do usuário ou a vida do familiar, eu acho necessário. Aqui salvou minha vida [...]. Eu poderia estar morto se eu não tivesse tido uma intervenção... é... um internamento involuntário. Eu poderia hoje...poderia não! Eu estaria morto, tenho certeza, então eu acho que tem que haver esse tipo de intervenção (Romeu, 46 anos);

De início eu fiquei meio apreensivo, achei que seria ruim, que o tratamento era mais agressivo, que eu poderia ser repreendido de uma forma diferente, mas eu ao chegar, fui... fui me adaptando e aceitando tratamento, acreditando que era uma boa pra mim me analisar, fazer uma retrospectiva do que eu fiz na minha vida e me ver de uma forma diferente, tanto como uma pessoa menos marginalizada e com perspectivas melhores (Bentinho, 29 anos).'

É importante destacar que não existe uma particularidade comum a todos eles: Lancelot e Bentinho afirmavam ser sua primeira internação, enquanto Romeu e Júlio César já haviam passado por múltiplos processos de internamento; Romeu e Júlio César apresentavam como droga de abuso o crack, Lancelot afirmava usar cocaína e crack compulsivamente, enquanto Bentinho afirmava fazer abuso de bebidas alcóolicas e maconha.

Ruiz e Marques (2015) observam que o tratamento é fundamental para frear o avanço da relação patológica entre o sujeito e a substância, e observa que, apesar das divergências, qualquer tipo de intervenção é preferível quando a outra opção é a negligência e o abandono. No entanto, Correia Júnior e Ventura (2013) articulam que quando o processo de

institucionalização protagoniza o campo terapêutico, são maiores as chances de ocorrer o processo de estigmatização e exclusão, enquanto a recuperação se torna um mero coadjuvante.

Com relação aos sujeitos que se pronunciaram contra o internamento involuntário foram trazidos termos como maldade, nazismo, coerção e impotência associados à experiência. Há o relato de abusos e agressões sofridas, tanto no momento do resgate, quanto nos espaços onde foram internados e a descrição das experiências como traumáticas, como é possível visualizar nos recortes abaixo:

Eu acho maldade, no meu caso eu acho que meus pais se precipitaram ao me internar aqui, apesar de eu usar drogas todos os dias, mas eu usava com meu dinheiro e tinha minha casa. Quando eu fui internado, eu vejo que tem gente que realmente tem que ser internado involuntariamente, mas eu acho maldade com a pessoa [...]. É muito ruim ser internado involuntário. Quando eu fui internado involuntariamente, me agarraram pelo pescoço, braços e pernas. Eu pensei que poderia desmaiar ou até morrer, é muito pesada a forma de internamento. Me jogaram no chão e isso foi um trauma muito forte, agradei a Deus pela minha vida, pois pensei que ia morrer [...]. Mas acho ruim a violência, não só no ato do internamento, mas depois do internamento. Tem gente que chora lá dentro e as pessoas humilham, a violência dentro das clínicas é maior que a violência entre os usuários, que são menos agressivos (Jasão, 37 anos);

Nazista. O involuntário é nazista [...]. Uma internação involuntária é internação coercitiva, uma internação feita pela força bruta e eu poderia comparar com um leão e sua fome na selva, então devorar uma presa... Então eu acho nazista (Orfeu, 54 anos).

Foi muito difícil, muito desgastante, sempre muito traumático, até hoje, que eu tô com quarenta e cinco, começou com vinte e oito. Em alguns momentos mais, em outros menos, mas sempre foi muito desgastante e, muitas vezes, bastante traumático também (Édipo, 45 anos).

Não são raros os relatos associados às vivências negativas em instituições de caráter fechado, que apresentam como base o modelo hospitalocêntrico, tão combatido pela reforma psiquiátrica. É importante resgatar que a internação do tipo involuntária é realizada mesmo quando o sujeito se mostra contrário ao tratamento, onde a sua capacidade de julgamento e decisão são reduzidas, muitas vezes, a zero. Como aponta Correia Júnior e Ventura (2013, p.253).

As internações involuntárias (procedimentos nos quais a capacidade de escolha do paciente é aniquilada, e as intervenções profissionais são realizadas à revelia do consentimento do paciente) sejam elas compulsórias (procedimentos instituídos, impreterivelmente, por lei e determinados por juiz competente) ou não, devem ser questionadas na intersecção entre a Saúde e o Direito, considerando-se que todo procedimento terapêutico tem em sua essência objetiva a dignidade humana e o respeito pela vontade do paciente.

Nos questionamos, a partir daí, sobre o mérito e eficácia desse tipo de proposta, respaldada na privação de direitos, assumindo contornos, muitas vezes, de punição à conduta

do uso de drogas, condenado e estigmatizado nas esferas social e familiar. Como trazem Ronzani e Furtado (2010), a percepção acerca de um determinado objeto são mediadas por crenças, cognições e afetos que interferem no processo de representação do objeto em si, o que explica determinadas reações e classificações diante deste. Algumas dessas crenças, ao serem compartilhadas entre os grupos, podem ser generalizadas formando alguns estereótipos que mediam a relação entre a sociedades e tais elementos estereotipados.

Acioli Neto (2018, p. 100) pontua que “a droga aparece como um dispositivo que articula práticas de proteção ao mesmo tempo em que estabelece a exposição à morte e à exclusão daqueles que são concebidos como indesejáveis”. Os usuários, ao serem percebidos como indesejáveis, tornam-se suscetíveis de receber abordagens e intervenções que são caracterizadas pela privação de direitos e de liberdade. Condutas que, na grande maioria das vezes, não seriam toleradas em outros espaços de saúde, como contenções mecânicas e químicas e abuso moral e físico são percebidas como necessárias para “proteger” o sujeito. Estas são flexibilizadas e permitidas, partindo do pressuposto que é necessário manter “sob controle” o sujeito e o seu comportamento desviante, sendo um mal necessário.

Ocorre, de certa forma, um processo de desumanização, à medida que as rotulações que surgem a partir de certas condutas, aproximam os sujeitos do comportamento irracional presente nos animais, sendo estes, conseqüentemente, destituídos de desejos, direitos, escolhas e sofrimento. “Ou seja, suspende-se, de um grupo humano específico, características universais de todos os seres humanos, para torna-los, por assim concluir, menos humanos” (BRASIL, 2007, p.44).

Além disso, ao observarmos que uma das principais terapêuticas adotadas nas instituições é o uso de medicação psicotrópica, refletimos que um dos meios utilizados para facilitar o processo de abstinência de uma droga é a substituição por outra droga, desde que essa seja lícita e prescrita por um profissional habilitado. Podemos respaldar tal argumento na fala de um dos sujeitos:

Porque agora eu tô vendo, e eu não acreditava muito em medicamento não... porque quando eu cheguei no primeiro mês eu tomei muito medicamento que eu ficava... meio grogue, meio pra baixo, meio que sem saber o que tava acontecendo, o dia só ia passando. E hoje não, ela (a médica) acertou a medicação e eu não sinto mais vontade de usar droga, nem nada (Lancelot, 23 anos).

Com relação aos pacientes que demonstraram ambivalência com relação ao processo, é possível discutir os conteúdos trazidos a partir dos recortes abaixo:

Voltando a questão do internamento involuntário, eu sou a favor. Eu no começo, não aceitava, mas eu vendo meu irmão, imediatamente mais velho que eu...ele precisa ser internado, mas a esposa dele não quer. Nesse caso, o internamento involuntário pra ele seria positivo na minha opinião. Mas no meu caso não era necessário, porque eu estava me policiando (Marco Antônio, 42 anos).

Eu acho que quando é involuntário não há recuperação. Essa minha última foi involuntária, eu tive um final de semana, dez dias em casa, e voltei, recaí, voltei de remoção. Meu pai chamou pra me pegar em casa de manhã cedo, me acordaram, Eu vim sem querer vim, mas vim, mas tô focado agora... para não perder tudo que eu já perdi. Não perder mais ainda (Dorian, 31 anos).

Bem, eu fui internado involuntariamente uma vez, né? Meu pai me internou, e...eu achei assim. No começo eu fiquei com muita raiva, fiquei chateado, fiquei, entrei em depressão. Só que depois eu vi que realmente é, era necessário, entendeu? Só que do meu ponto de vista, o tratamento involuntário não funciona pelo seguinte motivo: pra pessoa parar de usar, a pessoa tem que querer parar de usar. Ela não pode simplesmente assim dizer, ó, vou ficar contido não sei quanto tempo e não vou mais usar. Não é assim, se fosse assim não ia ter gente com mais de vinte internamentos, trinta internamentos, que é o que você mais vê nas clínicas (Nacib, 22 anos).

Eu acho que o internamento involuntário é necessário em alguns casos [...]. Casos de pessoas que tão já se perdendo, a consciência. Eu lembro de um menino que ele era ótimo, lindo, gostoso, maravilhoso, tinha consciência sã, de repente começou a fumar maconha...perdeu o juízo [...] porque eu lembro quando eu fui internado pela primeira vez aqui, que foi a minha tia que me internou, todo mundo postou foto comigo “por que seus pais fizeram isso com você?” Ninguém gosta de Painho e Mainha, nenhum amigo meu, porque me internaram involuntariamente. Assim, eu tava precisando, realmente hoje em dia eu penso “Eu tava precisando”, mas eu não tava. Eu não tava, como é? Num estado assim.... grave” (Julieta, 21 anos).

A partir dos relatos trazidos é possível refletir sobre os aspectos da ambivalência vivenciada por Marco Antônio, Julieta, Dorian e Nacib. É importante observar que todos eles já passaram por múltiplos processos de internação, o que provavelmente contribui para o processo de habituação a esses espaços e procedimentos. No entanto, é visível que apesar de em certo momento eles se colocarem a favor da internação, pontuam que não há eficácia nesta, a partir do momento que estão desarticuladas do desejo de interromper o uso da droga, sendo o processo de recaída comum nas suas vivências pessoais e grupais.

É interessante observar ainda, no discurso de Marco Antônio e Julieta, a internação como necessária para o outro, à medida que percebem tais sujeitos como estando fora de controle, ou “sem juízo”. Nesse ponto, se percebe a diferenciação entre o eu e o outro, movimento comum nas relações intergrupais, ou seja, o internamento é necessário para determinados indivíduos, os descontrolados, os loucos, mas “eu” não pertencem a esse grupo.

6.2.3 Mobilizações subjetivas e processo identitário

“Eu simplesmente como usuário da droga eu enganei, eu menti e as pessoas não vão mais dar credibilidade a um mentiroso e enganador” (Orfeu, 54 anos).

Essa categoria reúne os conteúdos referentes ao modo de pensar o usuário de substâncias psicoativas, observando as mobilizações subjetivas relacionadas ao uso e ao internamento involuntário e sua interferência no processo identitário dos sujeitos. Neste sentido, é importante pontuar que as representações sociais desempenham um papel nas relações e interações entre grupos, e que, enquanto âncoras, subsidiam a construção de categorias identitárias de lugares sociais (VALA, 1997).

Tajfel (1981) define a identidade social como o conjunto formado pelo autoconceito do indivíduo, sua pertença grupal e o valor atribuído à essa pertença. Desta forma, o autor observa que o autoconceito perante o mundo físico e social, é fator nuclear para a construção da sensação de pertencimento a um determinado grupo. Tal categorização irá auxiliar a definição do lugar do indivíduo na sociedade, modulando sua identidade e definindo o seu processo de autorreconhecimento.

A partir de tais categorizações sociais, ocorrem os processos de generalização e hipersimplificação de determinadas categorias, sendo tais mecanismos a base para a construção dos estereótipos, que no que lhe concerne, representa uma forma de justificar a aceitação ou rejeição de um determinado grupo (BRASIL; CABECINHAS, 2014; FERNANDES; PEREIRA, 2018).

Sobre tais aspectos, um ponto notado durante a análise das entrevistas, foi a compreensão da identidade de usuário a partir de aspectos dicotômicos, na percepção de semelhanças e diferenças que permeiam a articulação entre as identidades pessoal e social. Desse ponto de vista, alguns sujeitos realizam o autorreconhecimento sob o viés da distinção entre o eu (endogrupo - usuários) e o eles (exogrupo - drogados), sendo o segundo alvo de estereotipias e estigmatização. A partir desse viés, a diferenciação intergrupar suscita emoções mais positivas e avaliações mais flexíveis direcionadas aos sujeitos pertencentes do endogrupo do que com os classificados como pertencentes ao exogrupo (VALA, 1997).

Conforme aponta Acioli Neto (2018, p.87), “em um movimento de defesa, as dimensões negativas do outro se intensificam, transferindo-se toda a carga indesejada para fora de seu grupo de pertença”. Nesse sentido, o pertencimento ao grupo de usuários confere a condição de autonomia frente ao uso de psicoativos, em que há a possibilidade de redução de consumo

ou abstinência, caso haja o desejo para tal. Podemos caracterizar tais pontos lendo as narrativas abaixo:

[...] acho que [o dependente químico] é uma pessoa que enlouquece, por causa da droga...não vê ninguém, não quer fazer mais nada, não respeita ninguém. É tudo a droga. Não é assim comigo [... não sou dependente de nada. Nem da maconha que me deixava zonzinho, que eu gosto (Bentinho, 29 anos);

Minha visão de um drogado é uma pessoa que curte todas as drogas. Sei lá, eu acho que drogado, drogado pra mim é uma pessoa que não consegue se libertar das drogas, de...não consegue. Eu acho que maconha não é uma droga [...] (Julieta, 21 anos);

Tais perspectivas também foram observadas na pesquisa realizada por Rodrigues e Lima (2018) com usuários de drogas em situação de rua, na qual algumas diferenciações são realizadas na tentativa de se desvincularem do estereótipo de drogado que associam a maior ausência de cuidado de si. O não reconhecimento de si como pertencente ao grupo de drogados, pode ser compreendido como a busca de proteção contra a segregação e o preconceito social direcionado ao rótulo de viciado, de dependente químico. Este, em sua grande maioria, é pensado socialmente como alguém que, muitas vezes, passa a ser dominado pelo desejo de consumir a droga, havendo a deterioração de seu julgamento e controle. O usuário de drogas ou, como se utiliza no senso comum, o “drogado” é, segundo Velho (1981), uma categoria de acusação. Para este autor, “a questão das acusações, que é tão importante, está aí, pode ser diretamente de um acusador para um acusado e o próprio cidadão que não é acusado diretamente, ele pode internamente viver isso e internalizar a acusação” (Velho, 2008, p.137).

Como pontua Soares et al (2011, p.92)

O desejo de distanciamento muitas vezes acontece a partir da inferência de uma ameaça, ocasionada por percepções distorcidas e compartilhadas de diferenças entre grupos, tais como: características físicas da pessoa rotulada, violações de regras sociais, falta de controle ou imprevisibilidade da doença e responsabilidade atribuída à pessoa pelo surgimento ou sua solução de condição de saúde.

É importante observar, a partir de tal contexto, que o crack é representado como “a pior das drogas”, assim como o seu uso é associado com marginalização, vício, preconceito, pobreza, prisão e descontrole. Portanto, seu consumo precisa ser evitado, pois “estar no crack” é sinônimo de “estar no fundo do poço” de “perder o controle”, e tal condição consolida condutas de criminalização, degradação e incapacidade.

O crack é observado como um inimigo a ser destruído, a partir da matriz de sentidos construídos historicamente e que ancoram a definição desta droga, interferindo na forma de representar aqueles que o consomem, seus comportamentos e práticas (LIMA, 2013; MOTA, 2016; ACIOLI NETO, 2018). Podemos perceber, a partir do relato de alguns dos participantes,

que ao se tornar usuário de crack ocorre a perda de alguns limites que haviam na relação com outras substâncias, relativos não apenas ao comportamento do uso, onde há o reconhecimento da instauração do vício, mas também limites relacionados às condutas necessárias para obter a substância, havendo uma maior aproximação com a criminalidade. :

[...] um amigo meu quem disse: é a mesma coisa que cocaína, não sei o que. Só que não é [...]. O vício também é muito pior, é horrível. Aí eu comecei a usar crack e tudo, só que quando você tá usando, você não percebe que você tá viciado não, você acha que para quando quer, e é só uma diversão (Lancelot, 23 anos);

[...] as pessoas que usam crack não conseguem se libertar do crack, e eu acho isso muito...muito triste, porque eu já conheci muitos casos de pessoas que não conseguem [...]. E eu acho o crack a pior droga, e eu já fumei melado, visse? Que tem crack, mas...não deu em nada [...] acho que eu sou de Deus, porque até usando a pior droga eu fiquei de boinha, não entrei na *bad* (Julieta, 21 anos);

[...] principalmente em relação ao crack, que é uma droga muito marginalizada ainda, droga de favelado... Acho que as pessoas veem como droga de favelados, droga de bandido, e acho que o preconceito ainda é muito grande...mais em relação ao crack, muito mais, do que em relação às outras drogas (Édipo, 45 anos);

Nunca tinha dado problema em trabalho, já cheguei a tirar do carro que eu trabalhava na prefeitura. Já cheguei a tirar pneu, macaco e chave de roda, pra poder vender e trocar comprar a pedra de crack. Comecei a roubar dinheiro de minha mãe, trocar coisas de minha mãe [...]. É... cheguei a gastar mais de mil e quinhentos reais, numa noite, só de pedra. (Romeu, 46 anos).

Dando continuidade à discussão, observamos que muitos dos entrevistados representam o usuário de substâncias psicoativas como doentes, e que por conta disso precisam de tratamento, se respaldando em definições utilizadas pelo paradigma biomédico, amparado pelo binômio saúde-doença, para caracterizar determinados comportamentos. É possível observar os aspectos descritos nos relatos abaixo:

[..] mas eu sei que isso é uma doença. Eu não pedi pra ser usuário, eu não pedi pra ser doente, eu não pedi pra ter isso (Dorian, 31 anos);

Eu tô cansado, eu tô cansado. Já tô com trinta e dois anos, essa historinha já vem de...a do alcool mesmo já vem desde certo tempo. Então não existe esse meio termo, beber socialmente pra mim. Eu tô no CID do alcoolismo pô, eu tô no CID do alcoolismo, não posso beber (Otelo, 32 anos);

[...] eu acredito que veem no usuário de drogas é... alguns conseguem ver como um doente, como uma pessoa que realmente tem um problema, tem uma dificuldade, muitas vezes eles sabem que é uma doença, né? A gente sabe que é uma doença, mas eles não. Mas mesmo assim, eu acredito que existam pessoas que conseguem enxergar dessa maneira. Vendo que as pessoas, que esses usuários de drogas na verdade são pessoas boas, são pessoas inteligentes, mas que tem alguma dificuldade (Júlio César, 39 anos);

O alcoolismo é uma doença, a sociedade acha, principalmente pessoas de idade mais avançada, que quem bebe não considera alcóolatra e eles não percebem isso. Minha visão é que a sociedade tá despreparada para enfrentar um alcóolatra ou usuário de drogas, como cocaína. A sociedade acha que é safadeza da gente. (Marco Antônio, 42 anos).

A ideia do uso de psicoativos como doença mental é utilizada pelos sujeitos para esclarecer dificuldades relativas ao controle do uso da substância, pois ao ser observado como portador de um distúrbio, há a diminuição de sua responsabilidade por atitudes associadas à dependência. Ao mesmo tempo, ao se classificarem como doentes, há o fortalecimento da imagem de impotência, trazendo como consequência a necessidade de intervenção médica para tratamento da patologia.

A inscrição do usuário de drogas na institucionalização médica produziu um sujeito doente, viciado, adicto, desajustado mentalmente, incapaz de autogerir-se, incapaz de autonomia. O sujeito com perturbação mental também carrega consigo uma série de estigmas e preconceitos que o colocam na marginalidade de uma sociabilidade cidadã, de uma possibilidade de existência inclusiva pelo desfrute da liberdade de ocupar qualquer espaço social sem ser julgado (FARIAS, 2019, p.72).

Além dos pontos discutidos acima, observamos que além da relação e distinção com determinados grupos de pertença, os sujeitos atribuem como consequência ao uso de drogas uma metamorfose em sua identidade pessoal, a partir do desenvolvimento de defeitos de caráter e falhas de personalidade. Felix Melo e Maciel (2016) apontam que as representações sociais hegemônicas acerca do usuário de drogas são apropriadas pelos sujeitos, de modo que interferem diretamente em como enxerga a si mesmo.

A partir de tal experiência, é perceptível a vivência de grande angústia, mas não obstante, há a resignação diante da estigmatização vivida no meio familiar e social, sendo possível observar sentimentos como o de discriminação, exclusão e marginalização que são resultantes da “imperfeição” que carregam. Neste sentido, os usuários parecem ser vistos como responsáveis pelo processo de sofrimento vivido, sendo, dessa forma, o abandono de seus familiares e das instâncias políticas e sociais justificado.

Podemos visualizar tais questões no recorte abaixo:

Começa em casa e depois faz com que use o termo metástase, as pessoas que me conhecem pouco acham que sou realmente um dependente químico. Elas me olham com discriminação e começa na família (...). A discriminação vai me trazer... as pessoas não vão confiar em mim, não me darão mais crédito. Eu simplesmente, como usuário de drogas enganei, eu menti e as pessoas não vão mais dar credibilidade para um mentiroso e enganador (Orfeu, 54 anos).

Isso mexeu muito no meu caráter, porque eu nunca fui mal caráter, sabe? Nunca fui uma pessoa má, nunca fui uma pessoa de ser bandida, de tirar coisas dos outros, de roubar, mas isso terminou fazendo com que eu terminasse tendo

que fazer isso pra poder ter, manter meu vício, manter o uso do crack (...). Demorei muito, e ainda acho que, que não tenho a maturidade que deveria ter pela minha idade, né? Eu acho que isso atrapalhou muito, as drogas atrapalharam muito. Eu tenho quarenta e seis anos, mas não me acho e não me vejo com o comportamento de um homem de quarenta e seis anos. E isso pra mim é muito ruim, mexe muito comigo, não é? (...) Ela (a droga) marginaliza muito., até, pra ter uma ideia, dentro da minha casa, que tem eu como dependente, eu sou marginalizado tanto por minha mãe quanto por minha irmã (Romeu, 46 anos);

Então quando eu tive esse internamento, saí da clínica, fiquei um tempo bom, mas também, logo depois eu fiquei sem saber onde meus pais moravam, que nem o endereço eles estavam me dando (...). O motivo era pra eu não ir lá aperrear, pedir dinheiro, é... sentar numa mesa de bar, consumir sem nenhum centavo no bolso e depois ligar pra eles e dizer que se eu não pagasse eu ia ser preso. (Otelo, 21 anos).

Interessante observar que Orfeu, utiliza o termo metástase, geralmente associado à disseminação de um tumor maligno no organismo e que termina ocasionando o óbito do sujeito, para descrever o alastramento da segregação ocasionada pela dependência química, que se inicia em casa e termina por se propagar em outros espaços de convívio. Nesse sentido, é importante observar que alguns dos adjetivos que os participantes utilizam para descrever a si próprios, são condizentes com o de discursos presentes no senso comum.

Em pesquisas realizadas acerca da representação social de dependentes químicos em diferentes contextos (VARGAS et al, 2013; FELIX MELO; MACIEL, 2016) foi pontuado que os usuários eram descritos como indivíduos manipuladores, de mau-caráter e não confiáveis. Pérez-Nebra e Jesus (2011) sobre o processo de estereotipia, observam que, tendenciosamente, os sujeitos ao serem classificados em um grupo estereotipado, terminam por se apropriar de determinadas condutas de seu grupo de pertença, utilizando-as para descrever a si próprios. Resgatado Rodrigues, Lima e Holanda (2008) as “políticas de identidade” dirigidas aos usuários, influenciam a forma de significação de si e do mundo, na medida que em muitas ocasiões ocorrem o conformismo ao lugar que lhe é direcionado pela sociedade.

Dessa maneira, endossam os estereótipos grupais, transformando-os em descrições de suas identidades. Muitas vezes, isto ocorre por profecias autorrealizadoras, em que as crenças afetam os comportamentos no sentido de aumentar as chances de ocorrer aquilo em que se acredita ou que se teme. Assim, essas representações ganham status de verdade, guiando as condutas dos sujeitos e sendo a forma por meio da qual eles explicam e compreendem sua realidade (FELIX MELO; MACIEL, 2016, p. 85).

Medeiros et al (2013), em estudo acerca das representações sociais de familiares quanto ao uso de drogas, visualizaram que estes representam os psicoativos como fator de aniquilação da estrutura, dos vínculos e do relacionamento familiar. A forte vinculação negativa ao uso de

substâncias nessa esfera pode ser compreendida a partir das consequências negativas geradas pela dependência, tais como: a violência intrafamiliar, dificuldades financeiras e deterioração moral do usuário.

Faz-se necessário pontuar que a negligência e abandono de seus familiares são vividas com grande aflição por alguns usuários, que relatam sentimento de culpa e tristeza que, por sua vez, estão associados ao desenvolvimento de quadros de depressão e de ideação e comportamento suicidas.

Eu as vezes choro muito, por...não dar prestígio, não dar essas coisas ao meu pai e a minha mãe e hoje, eu ainda ser internado, com trinta e um anos, vejo que eles estão envelhecendo muito rápido, tão adoecendo com um negócio de pressão, de depressão também, e tudo por minha culpa, e eu não me sinto bem. As vezes vem pensamentos negativos, suicídio [...]. Eles não veem, abaixam a cabeça, mal falam. Um ou outro, até a família mesmo deixa de lado. No meu caso, muitas pessoas da minha família sabem e... mal falam comigo, ignoram [...]. Eu tô aqui em Recife há um ano quase e minha tia, tem uma tia minha que já veio aqui várias vezes deixar lanche, mas nunca veio, nunca parou pra me visitar, me ver. Eu parei de pedir lanche a minha mãe, e disse que não ia mais na casa dela, nem ia ver ela, nem eu ir lá, nem falar, nada (Dorian, 31 anos);

Teve uma época que meu pai deixava eu fumar em casa, porque eu fui pra delegacia, o policial deu em mim, porque eu tava acochando um beck, aí ele bateu em mim. Eu virei, dei um grito nele: “Você não pode dar em mim [...]. Minha família todinha virou as costas pra mim. Todos, todos da minha família deu as costas pra mim depois que eu disse os podres da minha tia, depois que eu fui pra delegacia com minha tia, já fui vítima da minha própria família e até hoje sou vítima da minha própria família porque eu fumo maconha (Julieta, 21 anos);

A relevância que a droga tinha pra mim, era mais importante que o meu caráter, do que a minha vida, do que minha mãe [...]. Eu sinto a dor da minha mãe, mas é mais forte a relevância e quando eu uso [...]. Não sei se a minha mãe vai vir aqui, se vai me visitar. Ela sempre diz que não aguenta mais, que vai me abandonar, que vai deixar que eu morra sozinho. Eu chegava, pegava dinheiro e voltava, chegava, pegava dinheiro e voltava. Na terceira vez eu disse “mãe, chame a remoção, porque se eu chegar e ela tiver aqui ele me leva”. Mas quando chegou lá eu quis fugir, e fiz o que fiz, que foi pular o portão do carro e criar todo...enfim... (Romeu, 46 anos).

Apesar dos sentimentos observados, é possível constatar que, em muitos contextos, o sofrimento do usuário é cercado de invisibilidade, como se este não fosse legítimo, à medida que a dependência é percebida, muitas vezes, como uma condição escolhida pelo usuário, extirpando o sentido das angústias vividas por estes e os responsabilizando pelo desmoronamento de sua vida e a de seus familiares. Nesse sentido, há o reforço dos sentimentos

de incapacidade e impotência, que afetam diretamente sua autoestima, impossibilitando que ocorra a resignificação de sua relação com a droga.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O “problema” das drogas provavelmente jamais será extinto, já que a relação estabelecida entre o homem e as substâncias psicoativas parece ser inerente à condição humana, considerando que grande parte da população mundial sempre as consumiu e as consome, de forma regular ou não. As definições políticas, morais e econômicas que determinam a legalidade ou ilegalidade do uso de certo psicoativo precisam ser consideradas, já que ao longo do desenvolvimento de nosso estudo foi percebido que os argumentos que amparam tais especificações não se sustentam por si. Em busca de validar tal afirmação, se faz importante resgatar que, em nossos dados, foi observado que os números relacionados ao uso do álcool são percebidos como muito mais preocupantes comparados aos referentes ao consumo do crack, substância que atualmente ocupa a posição número um entre os psicoativos demonizados socialmente.

O fenômeno do uso abusivo de substâncias e da dependência química, a partir da observação de sua complexidade, necessita de estratégias de cuidados que comportem o seu aspecto singular e plural e, para isto, exige uma multiplicidade de olhares, métodos e espaços, articulando profissionais e procedimentos diversos, que possam garantir o respeito à individualidade do sujeito. É possível constatar que a proposta de internação, respaldada na involuntariedade, está longe de ser a solução para questões relacionadas ao uso problemático de drogas. Essa funciona mais como uma resposta à necessidade social de retirar dos espaços de circulação os sujeitos considerados desviantes, ressaltando que a prática higienista que a reforma psiquiátrica se propôs tanto a combater, se mantém ativa, e infelizmente, com força total. Quando observamos a atual política de saúde mental e seus evidentes retrocessos, nos questionamos sobre como o fortalecimento dessas práticas traduzem o atual movimento da sociedade brasileira, pautado por instâncias de poder ultra conservadora.

Durante o nosso percurso, foi possível refletir que a construção de uma relação abusiva com a droga não é restrita aos moradores de favelas e outros espaços segregados, atingindo todas as esferas sociais o que vai de encontro aos estereótipos que normalmente são atribuídos ao usuário de substâncias psicoativas, principalmente os relacionados à raça/cor e classe econômica.

Além disso, foram visualizados confrontos relacionados ao processo de identificação à determinados grupos de pertença, assim como nas construções relacionadas à identidade pessoal do sujeito, e tais conflitos identitários denunciam, de certa forma, o temor em pertencer a certas categorias, e por consequência, a absorção dos preconceitos e estigmas direcionados a

estas. Ser estereotipado como um “dependente de drogas” significa ter os seus direitos retirados, sua liberdade tolhida e suas vozes caladas, condutas comuns ao processo de internação involuntária. Dessa forma, a primeira experiência do internamento involuntário representa um marco importante na vida dos participantes da pesquisa, à medida que estes são destituídos automaticamente dos lugares ocupados quando “apenas usuários”, e passam a pertencer ao grupo dos “viciados”, categoria carregada de sentidos e representações que irão interferir de forma significativa em suas histórias e relações.

É importante destacar que o presente estudo possui limitações importantes no que se refere a investigação da temática, sendo fundamental que mais estudos sejam realizados em busca de ampliar os proporcionar reflexões e discussões referentes à temática no âmbito acadêmico e científico da psicologia e demais ciências sociais e da saúde, em busca de subsidiar ações mais pertinentes para acolher suas necessidades. Faz-se necessário convidar os diferentes atores que circulam nos cenários concernentes ao campo de pesquisa, em busca de diminuir as incertezas referentes às condutas e estratégias terapêuticas direcionadas a esses sujeitos. À medida que somamos experiências, diminuimos a possibilidade de deduções equivocadas e desarticuladas das reais necessidades daqueles que precisam de ajuda.

Por fim, se faz necessário ressaltar que o lugar ocupado pelo usuário dentro da sociedade, respaldado pelas representações do viciado, parece ter relação direta com a perpetuação de seu relacionamento tóxico com a substância. Na ausência de uma rede de cuidados que ofereça compreensão, suporte e afeto, dificilmente a droga deixará de ser a protagonista na vida desses sujeitos, aumentando assim a probabilidade dessa relação terminar em tragédia.

REFERÊNCIAS

ABDALA, G.A. *et al.* A Religiosidade / Espiritualidade como Influência Positiva na Abstinência, Redução e/ou Abandono do Uso de Drogas. **Revista de Estudos da Religião**. São Paulo. p. 77-98. março. 2010.

ACIOLI NETO, M.L. **Os contextos de uso do crack: representações sociais entre usuários**. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2014.

ACIOLI NETO, M.L. **Pobreza e Identidades Humilhadas: Processos de significação relacionados ao uso de crack**. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Pernambuco, CFCH. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Recife, 2018.

ALMEIDA, A. A Pesquisa em representações sociais: proposições teórico-metodológicas. *In*: SANTOS, Maria de Fátima de Souza; ALMEIDA, Leda Maria (Orgs). **Diálogos com a teoria da representação social**. Recife: Editora UFPE, p.117-160, 2005.

ALMEIDA, C.S.; LUIS, M.A.V. Características sociodemográficas e padrão de uso de crack e outras drogas em um CAPD AD. **Revista de enfermagem UFPE** [on-line] v. 11, n. 4, p. 1716-1723, 2017.

ALMEIDA, R.A.; ANJOS, U.U.; VIANNA, R.P.T.; PEQUENO, G.A. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de João Pessoa. **Saúde em debate**, v. 38, n. 102, p. 526- 538, 2014.

ALMEIDA, R. de et al. O tratamento da dependência na perspectiva das pessoas que fazem uso de crack. **Interface (Botucatu)** [on-line]. vol.22, n.66, pp.745-756, 2018.

AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2014.

ANTÓN, D. El concepto “drogas”: desinformación em sociedades consumidoras periféricas. **Cultura y Droga**. Manizales, v. 11, n. 13, p. 123-144, 2006.

ARRUDA, A. A teoria das representações sociais e teoria dos gêneros. **Cadernos de pesquisa**. n.117. p.127-147. nov. 2002.

AZEVEDO, A.O.; SOUZA, T.P. Internação compulsória de pessoas em uso de drogas e a Contrarreforma Psiquiátrica Brasileira. **Physis** [on-line]. vol.27, n.3, pp.491-510. 2017.

AZEVEDO, R. C. S.; ZENNIM, Y.; GOMES, R. Q. Hospital Geral. *In* In. DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, Ronaldo. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

BABINOT, A.D. *et al.* Hospitalizações por uso de drogas não se alteram com uma década de Reforma Psiquiátrica. **Rev Saúde Pública** p.50:26. 2016.

BARD, N.; *et al.* Estigma e preconceito: vivência dos usuários de crack. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**; 24: e2680. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, S. *et al.* Censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do estado de São Paulo: um olhar sob a perspectiva racial. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 23, n. 4, p. 1235- 1247, 2014.

BASTOS, F. I. P. Monteiro *et al.* (Org.). **III Levantamento Nacional sobre o uso de drogas pela população brasileira**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ICICT. p.528. 2017.

BEZERRA, K. C. V. de A. **A experiência da criança com a droga: características do uso e circunstâncias familiares**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

BOKANY, V. **Drogas no Brasil: entre a saúde e a justiça: proximidade e opiniões**. São Paulo: Fundação Perseu Abramos, 2015.

BORTOLON, C. (Org.). **Abordagem Multidisciplinar da Dependência Química**. São Paulo, Brasil: Santos, 2013.

BRASIL, J. A., CABECINHAS, R. Processos Identitários, Representações Sociais e Migrações: Reflexões sobre a Identidade Latino-Americana. **Comunicação e Cultura. III Jornadas Doutorais, Ciências da Comunicação e Estudos Culturais**. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho. Braga: Portugal. CECS-Publicações/eBooks, 123- 138. 2014.

BRASIL, AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução - RDC nº 101, de 30 de maio de 2001**. Dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas. Diário Oficial da União 2001; 31 maio. 2001.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN-DST/AIDS (2004a). **A Política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e outras Drogas do Ministério da Saúde**. (2ª Edição.). Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado de <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivo/s/pdf/A%20politica.pdf>. 2004a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. (2007). **Direitos dos usuários dos serviços e das ações de saúde no Brasil**: legislação federal compilada – 1973 a 2006. Brasília: Ministério da Saúde. 494p. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/direitos_usuarios_servicos_acoes_saude_brasil.pdf. 2007.

BRASIL, Presidência da República. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. **Relatório brasileiro sobre drogas**. Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. IME USP. Brasília: SENAD, 2009.

BRASIL, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). **Nota Técnica n. 21 (Diest): Perfil das comunidades terapêuticas brasileiras**, 2017.

BRASIL. **Lei Federal n.10.216, de 6 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Poder executivo, Brasília. DF. 9 de abr.2011. Seção 1, p.2.

BRASIL. Ministério da Saúde. Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil. Álcool e outras drogas: da coerção à coesão. **Módulos drogas e sociedade**. Florianópolis, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Decreto Nº 9.761, de 11 de abril de 2019. **Diário Oficial da União** - Seção 1 - Edição Extra - A - 11/4/2019, p. 7. 2019.

BRASIL. **Prevenção ao uso indevido de drogas: Curso de Capacitação para Conselheiros Municipais**. Brasília: Presidência da República, Secretaria Nacional Antidrogas, 2008.

CAMPOS, C. J. G. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 611-614, 2004

CAMUS, A. **O estrangeiro**. Rio de Janeiro: Record: 1979.

CANAVEZ, M. F.; ALVES, A. R.; CANAVEZ, L. S. Fatores predisponentes para o uso precoce de drogas por adolescentes. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 4, p. 57-63, 2010.

CANTARELLI, N.D.C.; MARCHESAN, E.K.R.; AMARAL, M.C.; LEMOS, J.C. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas de um Hospital Universitário do Rio Grande do Sul. **Revista saúde (Santa Maria)**, v. 40, n.1, p. 85-90, 2014.

CARLINI, E.; GALDURÓZ, José Carlos; NOTO, Ana Regina; NAPPO, Solange. **I Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país**. São Paulo: CEBRID – Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas: UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo, 2001.

CARNEIRO, H. **Drogas: a história do proibicionismo**. São Paulo: Autonomia Literária, 2018

CARVALHO, F.R.M. *et al.* Causas de recaída e de busca por tratamento referidas por dependentes químicos em uma unidade de reabilitação. **Revista Colombiana Médica**. Vol. 42 Nº 2 (Supl 1), (Abril-Junio), 2011.

CARVALHO, J. E. C. As Representações Sociais e o Conhecimento do Cotidiano: uma crítica metodológica a partir da Filosofia da Linguagem. **Revista Neurociências**. v.13, n. 3.jul/set. 2005.

CASTILHO, E.W.V. A eficácia invertida da internação involuntária. In: **Drogas e Cidadania: em debate**. p.35. Brasília: CFP, 2012.

CHAVES, A. M. SILVA; P. L. Representações Sociais. In: CAMINO, L. et al. (Org.). **Psicologia Social: temas e teorias**. 2. ed. Brasília: Technopolitik, 2013, p. 413-464.

CORREIA JUNIOR, R.; VENTURA, C.A.A. As internações involuntárias de drogodependentes frente à legislação brasileira - uma análise em relação ao contexto histórico do tratamento de dependentes e as políticas higienistas e de profilaxia social. **Revista de Direitos Fundamentais e Democracia**, Curitiba, v. 13, n. 13, p. 250-280, janeiro/junho de 2013.

COSTA, P.H.; PAIVA, F. S. Revisão da literatura sobre as concepções dos profissionais de saúde sobre o uso de drogas no Brasil: modelo biomédico, naturalização e moralismo. Rio de Janeiro, **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, 26 [3], p. 1009 -1031, 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312016000301009&script=sci_abstract. Acesso em 14 out. 2018.

CRUSOÉ, N. M. C. A Teoria das Representações Sociais Em Moscovici e sua importância para a pesquisa em educação. **Aprender - Caderno de filosofia e psicologia da educação**. Vitória da Conquista, ano 2. n. 2. p. 105 -114, 2004. Disponível em: <http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/view/3792>. 2004.

DAUDELIN, J.; RATTON, J.L. Mercados de drogas, guerra e paz no Recife. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, v. 29, n. 2. 2017.

DIEHL, A. *et al.* Internação em hospitais psiquiátricos e clínica de recuperação. In: DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

ELICKER, E. *et al.* Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares de Porto Velho-RO, Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 24(3):399-410, jul-set. 2015.

ESCOHATADO, A. **Historia general de las drogas**.3.ed. Madrid: Espana, 2000.

FARIAS, E. R. M. **Ascensão das comunidades terapêuticas e a necrose do tecido psicossocial: um estudo em representações sociais**. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife. No prelo - 2020.

FÉLIX MELO, J. R.; MACIEL, S. C. Representação social de usuário de drogas na perspectiva de dependentes químicos. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol. 32, n.1. p.76-87.

jan./mar. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-98932016000100076&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 12 set. 2018.

FERNANDES, S.C.S; PEREIRA, M.E. Endogrupo versus Exogrupo: o papel da identidade social nas relações intergrupais. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 18 n. 1 p. 30-49. Janeiro a abril de 2018.

FERNANDES, Thaís Ferraz. Uso de substâncias psicoativas entre universitários brasileiros: perfil epidemiológico, contexto de uso e limitações metodológicas dos estudos. **Caderno de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 25 (4): 498-507, 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-462X2017000400498&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 19 dez. 2019.

FERREIRA, P. E.; MARTINI, R. K. Cocaína: lendas, histórias e abuso. **Rev. Bras. Psiquiatr.** vol.23 no.2 São Paulo: junho 2001.

FIORE, M. O lugar do estado na questão das drogas: o paradigma proibicionista e as alternativas. **NOVOS ESTUDOS** 92. Março, 2012.

FOLHA DE SÃO PAULO. **Fiocruz é autorizada a divulgar estudo censurado sobre uso de drogas**. 8 de ago de 2019. Disponível em <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2019/08/fiocruz-e-autorizada-a-divulgar-estudo-censurado-sobre-uso-de-drogas.shtml>. Acesso em: 12 de jan. de 2020.

FOSSI, L. B.; GUARESCHI, N. M. de F. O modelo de tratamento das comunidades terapêuticas: práticas confessionais na conformação dos sujeitos. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 15 n. 1 p. 94-115. 2015.

FRACASSO, L. Comunidades Terapêuticas. In. DIEHL, A; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

GALDURÓZ, José Carlos Fernandes. Uso e abuso de drogas psicotrópicas no Brasil. **Revista Imesc**, n.3. p.37-42. 2001.

GARCIA, L.P.; FREITAS, L.R.S. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 227 Brasília, 24(2): 227-237, abr-jun. 2015.

GARRIDO, R. G.; SABINO, B.D. Ayahuasca: entre o legal e o cultural. **Saúde, Ética & Justiça**. 14(2):44-53. 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.

GOMES, R; NASCIMENTO, E.F.; ARAÚJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(3):565-574, mar, 2007.

GUIMARÃES, A.C. . **Uso e abuso dos benzodiazepínicos: revisão bibliográfica para os profissionais de saúde da atenção básica.** Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva . Belo Horizonte, 2013. 37f.Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

HIRATA, E. S.; LEITE, R. F. M. O hospital psiquiátrico e outros equipamentos de saúde mental. In SERAFIM, A. P. et al., (Orgs). **Psicologia Hospitalar em Psiquiatria.** São Paulo: Vetor, 2017.

JESUS, C. F.; REZENDE, M. M. Dirigentes de instituições que assistem dependentes químicos no Vale do Paraíba. **Estud. psicol.** (Campinas), Campinas, v. 25, n. 4, p. 499-507, dez. 2008.

JODELET, D. Experiência e Representações Sociais. In: MENIN, M. S. S.; SHIMIZU, A. M. (org.). **Experiência e Representação Social:** questões teóricas e metodológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 23-56.

JODELET, D., **Las Representaciones sociales del medio ambiente.** Coleccion Monografias Psico/Socio/Ambientales, 9, 29-44. 1996.

JODELET, D. O encontro dos saberes. In: JESUÍNO, J. C.; MENDES, F. R. P.; LOPES, M. J. (org.). **As representações sociais nas sociedades em mudança.** Petrópolis: Editora Vozes, 2015. p. 59-79.

JODELET, D. O movimento de retorno ao sujeito e a abordagem das representações sociais. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 24, n. 3, p. 679-712, set./dez. 2009.

JODELET, D., Representações Sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, Denise (org). **As Representações sociais.** Rio de Janeiro: UERJ, p.17-41, 2001.

KALAMPALIKIS, N.; APOSTOLIDIS, T. Challenges for social representationstheory: the socio-genetic perspective. **New perspectives in social thinking and social influence.** Montpellier: Éditions de la Méditerranée, 2020.

KHOURY, J. M.; FREITAS, A. A. C.; GARCIA, F. Redução de danos. In. DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, Daniel Cruz; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas.** Porto Alegre: Artmed, 2019.

LABATE, B. C. **Drogas e cultura:** novas perspectivas. Salvador: EDUFBA, 2008.

LABATE, B.C; RODRIGUES, T. Usos e políticas de drogas no Brasil em perspectiva. *In* LABATE, B.C.; RODRIGUES, T. (Orgs.), **Políticas de drogas no Brasil:** conflitos e alternativas. São Paulo: Mercado das Letras, 2018.

LAIKOVSKI, G. C. O uso de drogas e o proibicionismo. In: VII Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2015, São Luís - MA. **Anais VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**, 2015.

LIMA, E. H. **Educação em Saúde e Uso de Drogas: Um Estudo Acerca da Representação das Drogas para Jovens em Cumprimento de Medidas Educativas.** Celina Maria Modena.

Belo Horizonte: 2013. 246 f. Tese (Doutorado em Ciências). Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Centro de Pesquisas René Rachou, Fundação Oswaldo Cruz, Belo Horizonte, 2013.

LIMA, R.S.A. **Representações Sociais do estigma e do preconceito na constituição da identidade social dos adolescentes com epilepsia de difícil controle medicamentoso.** Dissertação (Mestrado) Universidade Federal de São Paulo. Escola de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Programa de Pós Graduação em Educação e Saúde na Infância e Adolescência. São Paulo, 2016.

LIMA-RODRÍGUEZ, J.S.; GERRA-MARTÍN, M.D.; DOMINGUEZ-SANCHEZ, I; LIMA-SERRANO, M. Respostas da pessoa doente alcoólatra frente à sua doença: perspectivas de pacientes e familiares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. (23)6, 1165-1172. 2015. LOPES, A.P.A.T.; GANASSIN, G.S.S; MARCON, S.S.; DECESARO, M.N. Abuso de bebida alcoólica e sua relação no contexto familiar. **Estudos de Psicologia**, 20(1), janeiro a março de 2015, 22-30

MACRAE, E. Antropologia: Aspectos Sociais, Culturais e Ritualísticos. *In*. **Dependência de drogas**. SEIBEL, S. D. e TOSCANO JR., A., São Paulo, Editora Atheneu, p.25-34, 2001.

MARONNA, C. A. Nova lei de drogas: retrocesso travestido de avanço. **Boletim IBCCRIM**. São Paulo, v.14, n.167, p. 4, out. 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, C. F. et al. **Perfil sociodemográfico e adesão ao tratamento de dependentes de álcool em CAPS-ad do Piauí.** *Esc. Anna Nery* [online]. vol.15, n.1, pp.90-95. 2011.

MORAES, D. C.; NETO, H. M. B. O panorama conceitual e histórico do uso de drogas: uma necessária compreensão da autonomia, para além do proibicionismo imediatista **Criminologias e política criminal II** [Recurso eletrônico on-line]. Florianópolis: CONPEDI, 2014.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais: investigações em psicologia social**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

NUNES, L. M.; JÓLLUSKIN, G. (2007). O uso de drogas: breve análise histórica e social. **Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**. Porto. ISSN 1646-0502. 4 (2007) 230-237. 2007.

OLIVEIRA, J. *et al.* A construção histórica do estigma sobre o conceito de dependência de álcool. **Id on line Rev. Mult. Psic.** V.13, N. 44, p. 253-275, 2019.

OLIVEIRA, J.F.; PAIVA, M.S.; VALENTE, C.L.M. Representações sociais de profissionais de saúde sobre o consumo de drogas: um olhar numa perspectiva de gênero. *Ciência e saúde coletiva* (online). 2006, vol.11. n.2, pp.473-481. 2006.

OLIVEIRA, N.; RIBEIRO, E. O MASSACRE NEGRO BRASILEIRO NA GUERRA ÀS DROGAS: Reflexões sobre raça, necropolítica e o controle de psicoativos partir da

construção de uma experiência negra. Sur - **Revista Internacional de Direitos Humanos**. 28 - v.15 n.28 • 35 - 43 | 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: **Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas**. Tradução: Dorgival Caetano, 1ªed. Porto Alegre: Artes Médicas, 69-82, 1993.

PAIVA, H.N. ET AL. Associação do uso de drogas lícitas e ilícitas, sexo e condição socioeconômica entre adolescentes de 12 anos de idade. **Cad. Saúde Colet**. Rio de Janeiro, 26 (2): 153-159, 2018.

PASSOS, E. H.; SOUZA, T. P. Redução de danos e saúde pública: construções alternativas à política global de guerra às drogas. **Psicologia & Sociedade**; 23 (1): 154-162, 2011.

PASUCH, C.; OLIVEIRA, M.S. Levantamento sobre o uso de drogas por estudantes do ensino médio: Uma revisão sistemática. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 171-183, 2014.

PAZ, F.M.; COLOSSI, P.M. Aspectos da dinâmica da família com dependência química. **Estudos de Psicologia**, 18(4), outubro-dezembro/2013, 551-558. 2013.

PEGORARO, R. F.; CALDANA, R. H. L. (2008). Sofrimento psíquico em familiares de usuários de um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). *Comunicação Saúde Educação*, 12(25), 295-307. 2008.

PÉREZ-NEBRA, A. R., & JESUS, J. G. (2011). Preconceito, estereótipo e discriminação. In C. V. Torres, & E. R. Neiva (Orgs.), **Psicologia social: principais temas e vertentes** (pp. 219-237). Porto Alegre, RS: Artmed. 2011.

PINHO, P. H.; OLIVEIRA, M. A.; ALMEIDA, M. M. A reabilitação psicossocial na atenção aos transtornos associados ao consumo de álcool e outras drogas: uma estratégia possível? **Revista de psiquiatria clínica**. vol.35, suppl.1, p. 82-88. 2008.

PORTO, A.O.; RIOS, M.A.; SUZA, D.A. Influência da mídia televisiva no consumo de bebidas alcoólicas por universitários. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. 2018 Jan.-Mar.;14(1):52-61. 2018.

RAMOS, A. **Introdução à psicologia social**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

REINALDO, A.M.S. Experiências de internação não voluntária para usuários de drogas e seus familiares. **Rev enferm UFPE** [on-line], Recife, 11(5):1810-8, maio., 2017.

REZENDE, M.M. **Tratamento de dependentes de drogas: diálogos com profissionais da área de saúde mental**. (Tese de Doutorado). Faculdade de ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, 1999.

RIBEIRO, M. **Drogas e redução de danos: o direito das pessoas que usam drogas**. São Paulo: Saraiva, 2013.

RIBEIRO, M.; LARANJEIRA, R. **Evolução do conceito de dependência (atualizada, com comentários sobre o DSM-V)**. UNIUFESP. Janeiro, 2016.

RIBEIRO, M.; ZOLDAN, L. G. V. Critérios para o Diagnóstico do Uso de Substâncias. *In* ZANELATO, N.; LARANJEIRAS, R. (Orgs.). **O Tratamento da Dependência Química e as Terapias Cognitivo-Comportamentais: um guia para terapeutas**. Porto Alegre: Artmed, 2018.

RODRIGUES, J. S.; LIMA, A. F.; HOLANDA, R. B. Identidade, drogas e saúde mental: narrativas de pessoas em situações de rua. **Psicologia: ciência e profissão**. Jul/Set. 2018 v.38 nº3, 424-436. 2018.

RODRIGUES, T. Drogas e Proibição: um empreendedorismo moral. *In*. FIGUEIREDO, R.; FEFFERMANN, M.; ADORNO, R. **Drogas & Sociedade Contemporânea: perspectivas para além do proibicionismo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2017.

RODRIGUES, T.; LABATE, B. C. A política de drogas brasileira: tensões entre a repressão e as alternativas. *In*. LABATE, B. C.; RODRIGUES, T. (Orgs.). **Políticas de drogas no Brasil: conflitos e alternativas**. Campinas, São Paulo: Mercado das Letras, 2018.

RONZANI, T. M.; FURTADO, E. F. Estigma social sobre o uso do álcool. **J Bras Psiquiatr**. 2010;59(4):326-332. 2010.

RONZANI, T.M.; NOTO, A.R.; SILVEIRA, P.S. **Reduzindo o estigma entre usuários de drogas: guia para profissionais e gestores**. Juiz de Fora: UFJF, 2014.

ROSA, P. O. Outra história do consumo de drogas na modernidade. **Cad. Ter. Ocup.** UFSCar, São Carlos, v. 22, n. Suplemento Especial, p. 161-172, 2014.

RUIZ, V.R.R.; MARQUES, H.R. A internação compulsória e suas variáveis: reflexões éticas e socioculturais no tratamento e reinserção do paciente na sociedade. **Rev. Psicol. Saúde**, Campo Grande , v. 7, n. 1, p. 1-7, jun. 2015.

SALES, E. Aspectos da história do álcool e do alcoolismo no século XIX. **Cadernos de História**. UFPE. Ano VII No 7. 2010.

SANTANA, P. R.O.H; DIEHL, A. Políticas públicas para o controle do álcool, tabaco e outras drogas. *In*. *In*. DIEHL, Alessandra; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRAS, R. **Dependência Química: Prevenção, tratamento e políticas públicas**. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SANTOS, C. P. **“Ele é multifacetado”: as representações sociais do fracasso escolar construídas e compartilhadas por psicólogos educacionais**. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco, Recife. 2012.

SANTOS, M.F. S.; ALMEIDA, L. M. (Orgs). **Diálogos com a teoria da representação social**. Recife: Editora UFPE, p.13-38, 2005.

SANTOS, M. F. S. et al. A ambivalência no campo das drogas: uma análise das representações de álcool e maconha. **Administração Educacional**, v. 1, n. 2, p. 125–145, 2016.

SANTOS, M.F.S.; ACIOLI NETO, M.L.S; OLIVEIRA, Y. Representações sociais do crack na imprensa pernambucana. **Estudos em psicologia**. Campinas, set.2012, vol.29, n.3, p.379-386. 2012.

SANTOS, M, F. A teoria das representações sociais. *In*: SANTOS, M. F. Souza; NETO, M. L. A.; GALINDO, F. S.; SOUZA, L. B..S. A ambivalência no campo das drogas: uma análise das representações de álcool e maconha. **Revista de Administração Educacional**. v.1 n.2. p.125-145. jul/dez. 2015.

SANTOS; J.A.G.; Lima, F.S.; SILVA, T.S.; IZEL, R.T.L.; ARRUDA, E.F. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas atendidos em um Centro de Atenção Psicossocial do Acre. **Enciclopédia Biosfera, Centro Científico Conhecer** - Goiânia, v.16 n.30; p.459-469 2019.

SEZORTE, F.O.F; SILVA, J.V. Perfil dos usuários de substâncias psicoativas (spa) acolhidos na Comunidade Terapêutica Religiosa Shalom. **Revista Valore**, Volta Redonda, 4 (Edição Especial): 426-438, 2019.

SILVA, C. J. Critérios Diagnósticos de Classificação. *In*. DIEHL, A.; CORDEIRO, D. C.; LARANJEIRA, R. **Dependência Química: prevenção, tratamento e políticas públicas**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

SILVA, D. T. O mito de um mundo sem drogas, o discurso proibicionista e o serviço social: alguns elementos para reflexão. **4º Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais**. Belo Horizonte, 2016.

SILVA, J. L. *et al.* Uso de substâncias psicoativas “drogas”: uma revisão de literatura. **Revista Piauiense de Saúde**: vol 2, p.02-08, 2013. Disponível em: <http://www.revistarps.com.br/index.php/rps/article/view/25>. Acesso em: 28 dez. 2018.

SILVA, N.G.; *et al.* O quesito raça/cor nos estudos de caracterização de usuários de Centro de Atenção Psicossocial. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.1, p.100-114, 2017.

SILVEIRA, D.X.; SILVEIRA, Evelyn Doering Xavier. **Um guia para a família**. Brasília, Senad: 1999.

SOARES, R. G. et al. Distância social dos profissionais de saúde em relação à dependência de substâncias psicoativas. **Estud. psicol. (Natal)** [on-line]. vol.16, n.1, pp.91-98. 2011.

SOBRAL, C.A.; PEREIRA, P.C. A co-dependência dos familiares do dependente químico: revisão da literatura. **Revista Fafibe** [on-line]. — ano V – n.5 — nov. 2012.

SOUZA, Y. S. O. **Drogas e normalização: uma análise psicossocial desde a perspectiva das representações sociais**. Tese (Doutorado em Psicologia) – Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), Recife. 2017.

- SOUTO, M. A. **Internamento compulsório para usuários de crack: concepções subjacentes aos posicionamentos de gestores públicos e profissionais de saúde.** Dissertação de mestrado – Universidade Federal de Pernambuco. CFCH. Pós-Graduação em Psicologia. Recife: O autor, 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/14082/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Marcelo%20Agra.pdf>. Acesso em 21 mar. 2018.
- SOUZA, A. M. Compreensões Psicológicas sobre a Dependência Química. **Psicologia.pt**, 2017.
- SOUZA, T. S.; CALVETE, C. S. História e formação do mercado das drogas. **XII Congresso Brasileiro de História Econômica**. Niterói, 2017.
- TAFARELLO, R.F. **Drogas: falência do proibicionismo e alternativas de política criminal.** Dissertação (Mestrado). Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo (USP). São Paulo, 2009.
- TAJFEL, H. **Grupos humanos e categorias sociais**. Lisboa: Livros Horizonte, 1981.
- TEIXEIRA, M. B. *et al.* Tensões Paradigmáticas nas políticas públicas sobre drogas: análise da legislação brasileira no período de 2000-2016. **Ciência e Saúde Coletiva**, 22 (5): 1455-1466. 2017.
- TRIGO, S. *et al.* Representações sociais de adolescentes sobre o consumo de drogas. **Arq Med** [online]. vol.29, n.2, pp.39-45. 2015.
- TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínica-qualitativa**. (2ª ed.) Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **Relatório Mundial sobre Drogas 2019**. World Drug Report, 2019.
- VARGAS, D. et al. **O primeiro contato com as drogas: análise do prontuário de mulheres atendidas em um serviço especializado**. *Saúde debate* 39 (106). Jul-Set. 2015.
- VARGAS, D., BITTENCOURT, M. B., ROCHA, F. M., & OLIVEIRA, M. A. F. (2013). 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. 2013.
- VARGAS, E. V. Fármacos e outros objetos sócio-técnicos: notas para uma genealogia das drogas. In . LABATE, B. C. *et al.* **Drogas e Cultura: novas perspectivas**. Salvador: EDUFBA, 2008.
- VEDOVATTO, S.M.A. In. SANTOS, L.M.B. **Outras palavras sobre o cuidado de pessoas que usam drogas**. (1ª ed, pp.1659-166). Porto Alegre: Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. Ideograf, 2010.

VENÂNCIO, R. P.; CARNEIRO, H. **Álcool e Drogas na história do Brasil**. São Paulo: Alameda Literária, 2005.

WHO. **Global Status Report on alcohol and health**. Geneva. 2014 DC: Viena, 2019.

XAVIER, R. T.; LIMBERGER, J.; MONTEIRO, J. K.; ANDRETTA, I. Políticas públicas de atenção aos usuários de drogas no contexto brasileiro: revisão narrativa de literatura. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**. 13(1), São João del Rei, janeiro-abril de 2018.

**APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO (TCLE)**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS - CFCH
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**



**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM PROJETO DE PESQUISA**

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa: **INTERNAMENTO INVOLUNTÁRIO EM DECORRÊNCIA DO USO DE DROGAS ILÍCITAS: UM ESTUDO A PARTIR DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS**

Responsável pela pesquisa: FLÁVIA FERNANDA ARAÚJO DA HORA RIOS

Instituição: Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Endereço para contato: Av. da Arquitetura, s/n, Cidade Universitária, CEP: 50740-550 Recife / PE. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. 9º andar, Laboratório de Interação Social Humana, Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Telefone para Contato: (81) 998370794/ **E-mail:** flavia.fahora@gmail.com

Orientadora: Profª. Dra. Maria de Fátima de Souza Santos

Endereço para contato: Av. da Arquitetura, s/n, Cidade Universitária, CEP: 50740-550 Recife / PE. Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Filosofia e Ciências Humanas. 9º andar. Departamento de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Telefone para contato: (81) 21268271 / **E-mail:** santos.fatima9@gmail.com

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Justificativa e objetivo da pesquisa:

O uso abusivo de substâncias psicoativas é considerado atualmente um grave problema social devido a gravidade dos danos que podem atingir os múltiplos contextos de vida de seus usuários, causando prejuízos nas esferas pessoal, profissional e social. Tal questão vem sendo amplamente pesquisada por estudiosos e profissionais da área, em busca de construir intervenções mais eficazes, no sentido de acolher as demandas do sujeito de forma mais abrangente e contextualizadas. Dessa forma, o objetivo desse projeto de Mestrado em Psicologia é identificar e analisar as representações sociais do internamento involuntário em decorrência do uso de substâncias psicoativas produzidas por sujeitos internados involuntariamente em clínicas de reabilitação da Região Metropolitana do Recife em busca de ampliar a compreensão acerca dessa situação e subsidiar intervenções contextualizadas à essa realidade.

Descrição dos procedimentos a que o participante será submetido:

Inicialmente será realizada a aplicação de um questionário sociodemográfico e de padrão de consumo de substâncias psicoativas, juntamente com um Teste de Associação Livre, onde será solicitado ao participante a listar tudo o que lhe vem à cabeça quando se fala os termos indutores. Em seguida, ele deverá hierarquizar esses conteúdos em ordem decrescente de importância, onde o primeiro número sinaliza o que mais define o termo, e o último, o que menos o define. Depois, ele será inquirido a justificar essas escolhas. Isso possibilitará o início da entrevista semiestruturada, se for o caso. As entrevistas serão áudio-gravadas para posterior transcrição e análise. É importante esclarecer que a pesquisa será realizada na instituição de ensino ou de saúde que você se encontra, não sendo necessário deslocamentos para outros lugares. Não haverá delimitação do tempo para as suas respostas, portanto, fique à vontade em relação à duração da sua participação. Como voluntário (a), saiba que você tem o direito de interromper a sua participação a qualquer momento sem prejuízo algum para nenhuma das partes, ou seja, nem para você, voluntário (a), e nem para o pesquisador.

Riscos e benefícios

Os procedimentos adotados não oferecerão riscos a sua integridade física, mas poderão oferecer algum desconforto psíquico e/ou emocional decorrentes dos conteúdos abordados, principalmente se você realizar entrevista, considerando que falaremos de questões e problemáticas pessoais. Porém, este risco será minimizado, tendo em vista que, caso necessite, a pesquisadora principal, psicóloga, estará ouvindo-lhe, respeitando-lhe e acolhendo qualquer desconforto. Como benefícios que poderão surgir pela realização desta pesquisa, podemos destacar a compreensão sobre a representação do usuário de drogas e da internação involuntária em nosso contexto social, em busca de colaborar com o maior aprofundamento no estudo na área da problemática, assim como subsidiar a construção de formas de acolhimento e intervenção profissional de maior qualidade nos atendimentos prestados a estes usuários.

Suas respostas serão arquivadas no banco de dados do Laboratório de Interação Social Humana (LABINT) no endereço acima informado, por um período mínimo de 5 anos, sob a responsabilidade da pesquisadora e sua orientadora. Asseguramos por meio deste documento que todas as informações coletadas nessa pesquisa, serão confidenciais e divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, mas sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Nada lhe será pago e nada lhe será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação e participação é voluntária, mas fica também garantida a você a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extra-judicial. Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) no endereço: Avenida da Engenharia s/n – 1o Andar, sala 4 - Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50740-600, Tel.: (81) 2126.8588 – e-mail: cepccs@ufpe.br.

Flávia Fernanda Araújo da Hora Rios

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo **Internação involuntária em decorrência do uso de substâncias psicoativas: um estudo a partir das Representações Sociais** como voluntário (a). Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelo(a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade ou prejuízo.

Local e data: _____, ____/____/____

Assinatura do participante: _____

Impressão
digital
(opcional)

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome Legível:	Nome Legível:
Assinatura:	Assinatura:

APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO

Questionário Sociodemográfico e de Rastreio de Uso de Substâncias

Data Aplicação: / /

Instituição:

1) Idade:	anos
2) Sexo	() Feminino () Masculino
3) Religião	() Não tenho religião () Católico () Protestante () Espírita () Outras:
4) Etnia	() Branco () Pardo () Negro () Amarelo () Indígena () Outros:
5) Escolaridade	Ensino fundamental incompleto: 1º ao 5º ano (antiga 1ª à 4ª série) () Ensino fundamental completo: 6º ao 9º ano (antiga 5ª à 8ª série) () Ensino médio incompleto (1º ao 3º ano) () Ensino médio completo (1º ao 3º ano) () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo () / Pós-graduação: Espec. () Mestrado () Doutorado ()
6) Profissão:	
7) Estado Civil:	() Solteiro(a) () Casado(a) () Separado(a)/desquitado(a)/divorciado(a) () Viúvo(a) () União estável () Outro:
8) Renda Familiar	() Até 2 salários mínimos () De 02 até 04 salários mínimos () De 04 até 10 salário mínimos () De 10 a 20 salário mínimos () Superior a 20 salário mínimos

Substância	Frequência que costuma/costumava usar: (diário/semanal/espontâneo/recreativo/experimental)
Álcool	Uso Diário() Uso Semanal() Uso mensal() Uso no ano () Uso na vida () Nunca usou()
Maconha	Uso Diário() Uso Semanal() Uso mensal() Uso no ano () Uso na vida () Nunca usou()
Cocaína	Uso Diário() Uso Semanal() Uso mensal() Uso no ano () Uso na vida () Nunca usou ()
Crack	Uso Diário() Uso Semanal() Uso mensal() Uso no ano () Uso na vida () Nunca usou ()
Tranquilizantes	Uso Diário() Uso Semanal() Uso mensal() Uso no ano () Uso na vida () Nunca usou ()
Solventes	Uso Diário() Uso Semanal() Uso mensal() Uso no ano () Uso na vida () Nunca usou ()
Outros (Quais):	Uso diário () Uso Semanal() Uso mensal() Uso no ano () Uso na vida () Nunca usou ()

Com relação ao internamento involuntário:	
Iniciativa	() Mãe () Pai () Cônjuge/companheira(o) () Filhos Outro:
Quantidade de internamentos	() Primeira internação () Segunda () Terceira () Múltiplas internações: Quantas _____
Tempo atual de internação:	() Entre 1 e 15 dias () Entre 15 e 30 dias () Entre 30 e 60 dias Se superior a 60 dias: _____

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA**Roteiro de Entrevista**

1	Gostaria que você me falasse como iniciou a sua história/relação com as substâncias psicoativas, desde o primeiro contato até os dias atuais.
2	Como você acha que a sociedade vê o usuário de substâncias psicoativas atualmente?
3	Como você vê o internamento involuntário em decorrência do uso de substâncias?

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Internação involuntária em decorrência do uso de substâncias psicoativas: um estudo a partir das representações sociais

Pesquisador: FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12821419.2.0000.5208

Instituição Proponente: CENTRO DE FILOSOFIA E CIENCIAS HUMANAS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.388.963

Apresentação do Projeto:

Dissertação de Mestrado do PPG de Psicologia da UFPE

Mestranda - Flavia Fernanda Araujo da Hora Rios

Orientadora - Maria de Fátima Souza Santos

DESENHO DO ESTUDO - Pesquisa qualitativa, abordagem plurimetodológica

LOCAL - Quatro clínicas de reabilitação para usuários de substâncias psicoativas da Região Metropolitana do Recife.

AMOSTRA - "Os participantes serão selecionados a partir da análise prévia dos prontuários médicos, a fim de verificar a possibilidade de sua participação a partir dos critérios de inclusão e exclusão estabelecidos.

AMOSTRA - "O número de participantes que irá compor a amostra será de 60 sujeitos, 15 de cada instituição, de ambos os sexos, entre 20 e 40 anos. O recorte etário dos sujeitos foi fixado no sentido de contemplar uma geração específica, considerada como adultos jovens, na tentativa de não abarcar contextos sócio históricos tão distintos".

COLETA - Através de questionário, associação Livre e entrevista semiestruturada.

ANALISE DOS DADOS - Análise de conteúdo segundo L. Bardin.

Objetivo da Pesquisa:

GERAL - "Analisar as representações sociais do internamento involuntário em decorrência do uso

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.388.963

de substâncias psicoativas ilícitas produzidas por usuários internados involuntariamente em clínicas de reabilitação da Região Metropolitana do Recife".

ESPECÍFICOS:

- Identificar o perfil sócio demográfico e padrão de consumo de substância psicoativas de usuários internados involuntariamente em clínicas de reabilitação da Região Metropolitana do Recife;
- Investigar as representações dos usuários de substâncias psicoativas acerca da internação involuntária como modalidade de tratamento;
- Compreender como a internação involuntária influencia na construção da identidade social dos usuários de drogas".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Tanto os riscos como os benefícios foram devidamente apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e viável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram anexados.

Recomendações:

Nenhuma.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Nenhuma.

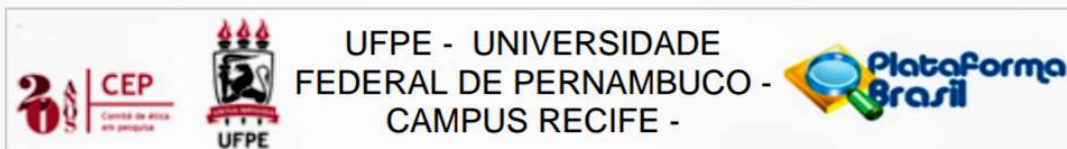
Considerações Finais a critério do CEP:

As exigências foram atendidas e o protocolo está APROVADO, sendo liberado para o início da coleta de dados. Informamos que a APROVAÇÃO DEFINITIVA do projeto só será dada após o envio do Relatório Final da pesquisa. O pesquisador deverá fazer o download do modelo de Relatório Final para enviá-lo via "Notificação", pela Plataforma Brasil. Siga as instruções do link "Para enviar Relatório Final", disponível no site do CEP/CCS/UFPE. Após apreciação desse relatório, o CEP emitirá novo Parecer Consubstanciado definitivo pelo sistema Plataforma Brasil.

Informamos, ainda, que o (a) pesquisador (a) deve desenvolver a pesquisa conforme delineada neste protocolo aprovado, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao voluntário participante (item V.3., da Resolução CNS/MS Nº 466/12).

Eventuais modificações nesta pesquisa devem ser solicitadas através de EMENDA ao projeto,

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.388.963

identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.

Para projetos com mais de um ano de execução, é obrigatório que o pesquisador responsável pelo Protocolo de Pesquisa apresente a este Comitê de Ética relatórios parciais das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (item X.1.3.b., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). O CEP/CCS/UFPE deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (item V.5., da Resolução CNS/MS Nº 466/12). É papel do/a pesquisador/a assegurar todas as medidas imediatas e adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e ainda, enviar notificação à ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária, junto com seu posicionamento.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1332382.pdf	06/06/2019 09:09:01		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	CartaRespostaPendencias.pdf	06/06/2019 09:07:35	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ANUENCIA_RECANTO.pdf	26/04/2019 14:21:00	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_FLAVIA_RIOS.docx	26/04/2019 13:53:41	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_FLAVIA_RIOS_CEP.doc	26/04/2019 13:53:18	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_VINCULO.pdf	26/04/2019 13:47:49	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Outros	TERMO_COMPROMISSO.pdf	25/04/2019 20:56:21	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_ROSTO.pdf	25/04/2019 20:53:01	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Declaração de Instituição e	CARTA_ANUENCIA_VILLA_SANTANA.pdf	21/04/2019 19:55:59	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA	Aceito

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br



Continuação do Parecer: 3.388.963

Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_VILLA_SANTANA.pdf	21/04/2019 19:55:59	RIOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_REVIVER.pdf	21/04/2019 19:55:43	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CARTA_ANUENCIA_VILLA_PASSOS.pdf	21/04/2019 19:55:17	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Outros	LATTES_FLAVIA_RIOS.pdf	21/04/2019 19:50:03	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito
Outros	LATTES_FATIMA_SANTOS_ORIENTA DORA.pdf	11/04/2019 22:35:22	FLAVIA FERNANDA ARAUJO DA HORA RIOS	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 13 de Junho de 2019

Assinado por:

Gisele Cristina Sena da Silva Pinho
(Coordenador(a))

Endereço: Av. da Engenharia s/nº - 1º andar, sala 4, Prédio do Centro de Ciências da Saúde
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.740-600
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81)2126-8588 **E-mail:** cepccs@ufpe.br