



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL
MESTRADO PROFISSIONAL**

REBECA CHABAR KAPITANSKY

**A RELAÇÃO ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA INFÂNCIA E
O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA VIDA ADULTA: A
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CAPS^{ad} DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Florianópolis

2016

REBECA CHABAR KAPITANSKY

**A RELAÇÃO ENTRE O USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS NA INFÂNCIA E
O USO ABUSIVO DE ÁLCOOL E OUTRAS DROGAS NA VIDA ADULTA: A
PERCEPÇÃO DOS USUÁRIOS DE UM CAPS AD DE FLORIANÓPOLIS/SC**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre no Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina, na área de concentração de Uso e Abuso de Substâncias.

Orientadora: Prof.^a. Dr.^a Daniela Ribeiro Schneider

FLORIANÓPOLIS

2016

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais queridos, José e Maria, por me darem a vida, pela batalha e perseverança, por todos os afetos que me dedicaram e pela possibilidade de investirem nos meus sonhos como um pouco dos seus;

Ao meu amor, meu marido, companheiro, parceiro, admirador e amigo, Samir, por todas as coisas que sabemos ser importantes, por podermos amadurecer juntos, pelo respeito mútuo, por tudo que construímos nesses últimos 10 anos e por tudo que ainda construiremos juntos nos tantos anos que virão;

Aos meus irmãos, Rene, Renata e Marcos pelas diferenças e semelhanças, pelo carinho e respeito que estabelecem comigo, tão importantes e necessários;

Aos meus sobrinhos amados, Matheus, Clarissa, Júlia, Bernardo, Mathias, Vinícius e João, pela vida que sempre se renova e por mostrarem o tanto de beleza e alegria que uma família é capaz de construir.

Aos meus sogros, Ilza e Vilmar, por serem guerreiros incansáveis e por trazerem ao mundo o amor da minha vida.

À minha orientadora, Daniela Ribeiro Schneider - a Dani - pela possibilidade de uma relação tranquila e de confiança nesta parceria de mais de 2 anos, por acolher minhas ideias e por me emprestar um tanto das suas para que esta dissertação se concretizasse;

À equipe dos Programas Preventivos da Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas do Ministério da Saúde e todos nossos parceiros regionais que, nesses últimos quase 4 anos de trabalho intenso, têm me ajudado a me compor profissionalmente e dividem comigo este inevitável “apaixonamento” pelo campo da prevenção e das drogas, com todas suas dores e delícias e por toda a resistência que se faz necessária, principalmente na atual conjuntura político-ideológica que enfrentamos.

À turma do MPSM/2014, pelas trocas, pelo apoio, pela solidariedade, empatia, risadas, almoços, ombros, colos, ouvidos, bocas e pela maturidade de compormos um grupo tão plural e tão gostoso de conviver e partilhar. Em especial a Dani e Diego, colegas que se tornaram amigos e seguem compartilhando a vida comigo;

À UFSC pelo ensino gratuito e de qualidade;

À equipe do MPSM por subverter as convenções de uma lógica acadêmica de produção, criando e sustentando um espaço de interlocução teórico-prática que possibilita a discussão de melhorias nos mais diversos serviços públicos, de diferentes esferas e setores;

À equipe do CAPSad, pelo acolhimento e contribuição que tornaram possível a coleta de dados e escrita desta dissertação;

Aos usuários do CAPSad que participaram desta pesquisa e que, ao me confiarem suas histórias, me emprestaram um tanto de seu repertório para que eu seguisse construindo o meu percurso.

“Só existe uma maneira da sociedade se proteger dos malefícios eventualmente causados por algumas substâncias psicoativas ou pelos princípios psicoativos presentes em algumas substâncias, e esse recurso se chama informação – informação de boa qualidade, informação democrática e facilmente acessível, informação realística, capaz de dissolver as brumas do engano, da falsificação, da mentira e da manipulação. A qualidade da informação que circula na sociedade é o principal recurso que uma sociedade pode ter para enfrentar o que tiver que ser enfrentado no tema das drogas”.

Marcus Vinicius Oliveira

RESUMO

O uso abusivo de drogas e a medicalização da vida – principalmente no que tange à infância através do uso de psicotrópicos – são dois fenômenos de grande relevância na contemporaneidade. O primeiro, entendido como um problema de saúde pública e contemplado aqui sob uma lógica multidimensional de leituras e entendimentos, numa postura ética de entender o uso problemático de substância de forma multifacetada, sem a culpabilização ou patologização do usuário; o segundo também se refere à uma posição ética diante do sujeito e sua existência, entendendo a medicalização da vida como uma ameaça aos processos de subjetivação salutar e ainda mais preocupante quando focada sobre a criança. Na articulação destes dois marcos teóricos – uso abusivo de drogas e medicalização da vida – este estudo teve como objetivos discutir a relação entre o uso de substâncias psicoativas na infância e o uso abusivo de drogas na vida adulta; entender a percepção que o usuário de álcool e outras drogas tem sobre o uso de substâncias psicoativas na sua infância e os efeitos/impactos sobre a sua vida; e Identificar qual estratégia foi construída pelos usuários que utilizaram medicação psicotrópica na sua infância, após a interrupção do uso de psicofármaco, para lidar com suas dificuldades e limitações supostamente antes "tratadas" pela medicação. Participaram do estudo oito usuários de um CAPSad de um município de Santa Catarina que fizeram uso de substâncias psicoativas na infância e uso abusivo de drogas na vida adulta. Como instrumento foi utilizado uma entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo e geraram cinco categorias. Os resultados demonstram que os usuários têm uma trajetória de vida marcada por situações de vulnerabilidade desde a infância até o momento atual, revelando que práticas medicalizantes na infância não oferecem subsídios capazes de construir estratégias de enfrentamento aos problemas de ordens psíquica, social, econômica e cultural. Revelou-se que o uso de substâncias psicoativas na infância não tratou os problemas ora enfrentados e que, muitos deles, permanecem até o momento de vida atual dos usuários. A maioria dos usuários avaliou que o uso de medicação psicotrópica na infância foi positivo, porém, ao ser interrompido, o uso abusivo de drogas eclodiu como uma das estratégias para lidar com as dificuldades e limitações próprias de suas histórias de vida.

Palavras-chave: medicalização; infância; substâncias psicoativas; uso abusivo de drogas; CAPS Ad.

ABSTRACT

The abusive use of drugs and the medicalization of life - especially with regard to childhood through the use of psychotropic drugs - are two phenomena of great relevance in the contemporary world. The first, understood as a public health problem and contemplated here under a multidimensional logic of readings and understandings, in an ethical posture to understand the problematic use of substance in a multifaceted way, without the accuse or pathologization of the user; The second also refers to an ethical position before the subject and life, understanding the medicalization of life as a threat to healthy subjectivation processes and even more worrying when focused on the child. In the articulation of these two theoretical frameworks - abusive drug use and medicalization of life - this study aimed to discuss the relationship between the use of psychoactive substances in childhood and drug abuse in adult life; Understand the user's perception of alcohol and other drugs on the use of psychoactive substances in their childhood and the effects / impacts on their life; And Identify which strategy was built by users who used psychotropic medication in their childhood after stopping their use of psychoactive drugs to deal with their difficulties and limitations supposedly "treated" by medication. Eight users of a CAPSAd from a municipality of Santa Catarina who used psychoactive substances in childhood and drug abuse in adult life participated in the study. A semi-structured interview was used as instrument. The data were submitted to content analysis and generated five categories. The results show that the users have a life trajectory marked by situations of vulnerability from childhood to the present moment revealing that medical practices in childhood do not offer subsidies able to build coping strategies to the problems of psychic, social, economic and cultural orders. It was revealed that the use of psychoactive substances in childhood did not deal with the problems that are being dealt with and that many of them remain until the current life of the users. Most users evaluated that the use of psychotropic medication in childhood was positive, but when interrupted, drug abuse broke out as a strategy to deal with the difficulties and limitations inherent in their life histories.

Keywords: medicalization; childhood; Psychoactive substances; Drug abuse; CAPS Ad.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Caracterização dos participantes da pesquisa.....	52
Quadro 2: Apresentação da categoria 1: Sobre o usuário.....	54
Quadro 3: Apresentação da categoria 2: Percurso ao CAPSad.....	62
Quadro 4: Apresentação da categoria 3: Relação com o CAPSad.....	67
Quadro 5: Apresentação da categoria 4: Uso de Substâncias Psicoativas na Infância...70	
Quadro 6: Apresentação da categoria 5: Percepção do Usuário.....	77

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPSad: Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas

RD: Redução de Danos

OMS/WHO: Organização Mundial da Saúde

DSM: Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais

CID: Código Internacional de Doenças

SPA: Substâncias Psicoativas

UNODC: Escritório das Nações Unidas para Drogas e Crimes

ONG: Organização Não-Governamental

CEBRID: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	15
1.2. Objetivos.....	15
1.2.1. Objetivo geral.....	15
1.2.2. Objetivos específicos.....	15
2. REFERENCIAL TEÓRICO	21
2.1. Medicalização da vida.....	21
2.1.1. Medicalizar é preciso, viver não é preciso.....	21
2.1.2. Quando a norma captura a infância	25
2.2. A temática das Drogas.....	33
2.2.1. Muito prazer, eu me chamo Droga!.....	33
2.2.2. Fenômeno complexo e multifacetado	36
2.3. O CAPSad: um dispositivo desmedicalizante.....	41
3. MÉTODO	45
3.1. Caracterização e delineamento.....	45
3.2. Caracterização do campo de pesquisa.....	45
3.3. Participantes.....	46
3.4. Instrumentos e técnicas para a coleta de dados.....	48
3.5. Procedimentos para a coleta de dados.....	49
3.6. Análise dos dados.....	49
3.7. Procedimentos éticos.....	49
4. RESULTADOS	51
4.1. Caracterização dos participantes.....	51
4.1.1. Dados sociodemográficos dos usuários.....	51
4.2. Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise.....	53
5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	54
5.1. CATEGORIA 1: Sobre o usuário.....	54
5.2. CATEGORIA 2: Percurso ao CAPSad.....	62
5.3. CATEGORIA 3: Relação com o CAPSad.....	67

5.4. CATEGORIA 4: Uso de substâncias psicoativas na infância.....	70
5.5. CATEGORIA 5: Percepção do usuário.....	77
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	86
REFERÊNCIAS.....	88
ANEXOS.....	97
Anexo I: TCLE.....	97
Anexo II: Roteiro para entrevista semiestruturada.....	100

1. INTRODUÇÃO

O presente ensaio aborda um tema de relevância mundial, complexo, inquietante e de urgência social acadêmica e civil: **o uso abusivo de drogas**. A **justificativa** para a escolha desta temática vai além de sua importância global: ela nos convoca a partir de um cenário ético-acadêmico-profissional de questionamentos incessantes e de hipóteses que visam um maior entendimento e possibilidades de intervenção. Justifica-se por um compromisso com a atuação profissional que entende o fenômeno do uso abusivo de drogas sob um contexto multifacetado e de causas multifatoriais que estão muito além de interpretações reducionistas, unívocas e, muitas vezes, banais; pelo desejo de tentar entender minimamente o que está velado detrás de um sujeito que faz da sua relação com a droga algo arriscado à sua vida.

Numa pesquisa científica precisamos trabalhar em cima de uma delimitação do tema, para que o estudo delineie objeto e objetivos claros e metodologia pertinente capaz de revelá-los. Também para que ela possa criar uma trajetória de estudo e seu fim, ainda que inconclusivos. Assim, o **objeto** de pesquisa ao qual nos dedicaremos é o que dá título a este projeto: *A Relação entre o Uso de Substâncias Psicoativas na Infância e o Uso Abusivo de Drogas na Vida Adulta*. Sobre ele também há uma justificativa relevante por sua escolha: a preocupação com a infância, entendendo-a como um tempo primordial da vida e da construção de subjetividade, preconizando a importância do reconhecimento das diferenças e singularidades como aspectos inerentes ao desenvolvimento humano. E que se, neste processo, houver incidentes e acontecimentos que corroam esta construção, abre-se um campo vulnerável onde, ao longo da vida do sujeito, entre inúmeras outras ocorrências possíveis, venha surgir uma relação confusa e difícil com a droga, seja ela lícita ou não.

Como **objetivo geral**, buscamos discutir justamente a relação entre o uso de substâncias psicoativas na infância e o uso abusivo de álcool e drogas na vida adulta. Para **objetivos específicos**, lançamos:

- Entender a percepção que o usuário de álcool e outras drogas tem sobre o uso de substâncias psicoativas na sua infância e os efeitos/impactos sobre a sua vida;

- Identificar qual estratégia foi construída pelos usuários que utilizaram medicação psicotrópica na sua infância, após a interrupção do uso de psicofármaco, para lidar com suas dificuldades e limitações supostamente antes "tratadas" pela medicação.

É importante dizer que não há qualquer intenção de desconsiderar a importância do uso de psicofármacos ou outras medicações e sua eficácia terapêutica em situações psíquicas e/ou físicas graves. Trata-se de questionar como este uso tem sido banalizado nas últimas décadas, a partir da lógica da *medicalização da vida*, e, mais especificamente, da *medicalização da infância* e seus efeitos na construção de modos de existência que influenciam diretamente a percepção do sujeito sobre si e o mundo. A ideia não é, sob qualquer hipótese, desprezar o sofrimento daqueles que estão aquém da lógica normativa imposta pela cultura, mas entender que este sofrimento é justamente produzido a partir das formas de ser, estar e existir permitidas e aceitas por ela. Para Guarido (2010), a crítica à medicalização da vida não nega os avanços das pesquisas biológicas e dos tratamentos de doenças, mas procura refletir sobre as implicações que a biologização do ser humano pode ter para a própria condição humana.

Segundo Brzozowski e Caponi (2013), fazer uma crítica ao excessivo número de diagnósticos de transtornos mentais não nega os sofrimentos humanos, mas sim alerta a sociedade sobre o uso excessivo de medicamentos e seus efeitos adversos; a transformação de situações cotidianas e sociais em problemas médicos e, por conseguinte, em doenças; o uso comercial do sofrimento humano; e a falta de implicação e reflexão da própria sociedade em relação à configuração de suas diferentes instituições (escola, assistência social, sistemas de saúde, etc.).

Nesta perspectiva, utilizaremos autores que nos auxiliam a fundamentar teoricamente nosso trajeto de estudo. Entre eles, Foucault, Illich e Conrad.

São autores que fazem leituras críticas, intrínsecas, harmônicas e complementares entre si à lógica da medicalização da vida, do controle dos corpos e do assujeitamento do indivíduo. Para além deles, utilizaremos autores contemporâneos que corroboram e amplificam a discussão teórico-prática.

Paralelo ao contexto da medicalização da vida, utilizaremos um outro marco teórico que nos auxilia pensar e discutir a relação colocada no objeto e objetivos deste estudo: o uso abusivo de drogas. Neste contexto, nos apropriaremos de autores que entendem o fenômeno do abuso de drogas como algo multifatorial e multifacetado, de gênese e significados plurais, partindo do pressuposto da própria diversidade da vida e de

seus processos singulares a cada sujeito, como já mencionado anteriormente. Nessa corrente, Espinheira (2009) nos fala que o que há de comum entre os usuários de drogas é o uso da droga em si, porém as formas de uso e seus significados são singulares a cada sujeito e sua história, contextualizados a partir da experiência de existir de cada um. Portanto, não nos cabe definir uma trajetória mesma e de desfecho único quando nos ocupamos da temática das drogas. As drogas não homogeneízam seus usuários, porque não se resumem à uma condição simples de existência somente, mas de ser este ou aquele sujeito, de ter ou não vivido esta ou aquela situação/experiência, de saber ou não utilizar este ou aquele recurso como estratégia de enfrentamento e desdobramento de suas angústias e mal-estar inerentes à condição de humanos, finitos e mortais. O mesmo autor enfatiza que as drogas são coisas e meios, utilizados na afirmação possível e/ou precária da identidade de cada sujeito.

E o que poderíamos pensar de sujeitos que, quando em sua tenra idade apresentam comportamentos entendidos socialmente como “inadequados”, sofrem como intervenção a medicação de seus corpos e seus sintomas sem qualquer leitura ou questionamento do que possa estar desviante não em si, mas em seu entorno? Ao medicá-lo e, muitas vezes somente isso, como estaríamos o auxiliando a lidar com suas angústias, medos, sofrimento, dificuldade e limitações? Ao ser simplesmente medicada ou entendida sob uma lógica medicalizante a criança com algum problema, com algum sofrimento e os seus, em seu entorno, poderiam entender que nada têm em si ou em torno de si que seja capaz de lidar com o que os aflige, incomoda, perturba. A medicalização da vida extingue que algo sistêmico, institucional ou cultural possa estar equivocado. A medicação psicotrópica – enquanto faceta da medicalização – entra como estratégia para tamponar, muitas vezes, aquilo que precisaria aparecer para ser propriamente compreendido e tratado. O que é silenciado não se elabora e segue fazendo marcas, causando ruídos, incomodando. O problema não cessa quando se silencia o que o causa, não se constroem estratégias capazes de lidar com as diferenças, com os limites, com a diversidade inerentes à vida. O sujeito cresce, torna-se adulto e, com ele, crescem os problemas não resolvidos, medicalizados. E ao crescer, o que ela fará com as angústias do viver inerentes ao existir, sem nunca as ter entendido? Não seria aí o uso abusivo de drogas um alibi potente para inebriar as dores do existir? Estas são perguntas que constroem nossos pressupostos e que nos levam a buscar, a partir deste estudo, algumas articulações teóricas e direcionamentos.

Ainda nesta introdução é fundamental pontuar que foi intencionada a realização de uma revisão sistemática de literatura em diferentes bases de dados: *Scielo, Pubmed, Medline, CAPES e Psycinfo*, com objetivo de buscar produções científicas acerca de nosso objeto de pesquisa. Foram lançados diversos indexadores: *drogas, uso, abuso, adição, dependência, prescrição, medicamentos, medicação, psicofármacos, substâncias psicoativas, psicotrópicos, medicalização, desvios, comportamento, infância, criança, jovens, juventude, adolescência e adolescentes* – articulados com os operadores booleanos AND e OR e num intervalo de tempo de 16 anos, ou seja, produções datadas a partir do ano 2000 até novembro de 2016. Nesta busca, encontramos mais de 3000 artigos, selecionamos 87 para a leitura e, destes, 31 farão parte da fundamentação teórica ao longo da dissertação, juntamente com outros escritos. Porém, em nenhum deles encontramos alguma menção direta a nosso objeto de pesquisa. Por isso mesmo, não foi aplicada a metodologia da revisão sistemática. Mais uma vez relembramos a intenção deste estudo: uma produção científica que abarque a relação que queremos discutir – o uso de substâncias psicoativas na infância e sua relação com o abuso de drogas na vida adulta. Ainda que fora do intervalo de tempo determinado para a revisão sistematizada de literatura desta pesquisa, cabe apontar que em um único artigo com o qual tivemos contato, de 1998, aponta-se – no último parágrafo das discussões – uma preocupação com a possível relação entre o consumo exagerado de medicações na mais tenra infância e uma dependência futura de medicamentos ou outras drogas. Trata-se de uma pesquisa epidemiológica sobre o consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida realizada por pesquisadores do Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina da UFPel – Pelotas/RS, onde os resultados demonstraram uma prescrição médica excessiva de medicações para problemas corriqueiros do primeiro trimestre de vida, inclusive com indicação de substâncias contraindicadas para crianças e outras de eficácia não comprovada. A pesquisa tem como título: *Epidemiologia do Consumo de Medicamentos no Primeiro Trimestre de Vida em Centro Urbano do Sul do Brasil*. A colocação à qual no referimos os autores Barros, F. et al. (1998, p.343) dizem:

“[...] os presentes resultados reforçam a ideia de que desde a mais tenra idade crianças são habituadas a conviver com uma medicalização exagerada de sintomas corriqueiros. Pode-se especular se não estaria assim sendo preparado o terreno para futuras dependências de medicamentos ou outras drogas. Um estudo longitudinal poderia nos dar algum indício desta hipótese”.

É importante marcar de onde partimos quando nos referimos a *substâncias psicoativas, drogas e abuso de substâncias*. Inúmeras são as fontes de referência que embasam estes conceitos. Optamos por utilizar a definição preconizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para ambos.

Segundo a OMS (2007), as *substâncias psicoativas* mais comuns estão os depressores (álcool, sedativos/hipnóticos, solventes voláteis, etc.), os estimulantes (por exemplo, nicotina, cocaína, anfetaminas, ecstasy), opióides (por exemplo, morfina e heroína) e alucinógenos (por exemplo, LSD, *cannabis*). Elas têm diferentes efeitos, taxas de tolerância, sintomas de abstinência, variando conforme composição, quantidade ingerida e organismo. Têm em comum o fato de agirem diretamente no campo da motivação, o que está diretamente ligado ao risco de dependência que podem causar.

Não muito diferente, como *drogas*, entenderemos qualquer substância não produzida pelo organismo que tem a propriedade de atuar sobre um ou mais de seus sistemas produzindo alterações em seu funcionamento. Vale ressaltar: lícitas ou ilícitas. Portanto, neste estudo, entenderemos *drogas e substâncias psicoativas* como sinônimos.

No que se refere ao conceito de *abuso de substâncias*, utilizaremos o que consta na Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID 10, 1992) que é uma publicação oficial da OMS. Ela considera que a característica essencial do *Abuso de Substância* é um padrão mal adaptativo de uso, manifestado por consequências significativamente danosas e recorrentes relacionadas ao uso repetido da substância. Em decorrência do abuso da substância pode haver um fracasso repetido em cumprir obrigações importantes, pode haver uso repetido em situações nas quais isto apresenta perigo físico, múltiplos problemas legais e problemas sociais e interpessoais recorrentes. Esses problemas devem acontecer de maneira recorrente (com recaídas), durante um período de 12 meses.

A CID 10 (1997), assim como o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV, 1994) trazem que a diferença entre os padrões de consumo *Abuso e Dependência*, diz respeito à tolerância (aumento na quantidade consumida), abstinência (crise por falta da substância) ou um padrão de uso compulsivo, quando há dependência. Para constar, trazemos que no DSM V (2014) não há mais esta distinção entre estes dois padrões de consumo, sendo que todos os critérios acima mencionados são entendidos como *dependência*. Ainda que não seja objeto direto do nosso estudo, vale ressaltar que

esse reducionismo no entendimento dos fenômenos segue normativa extremamente medicalizante.

Uma última definição pode ser interessante ao tema deste estudo: o conceito de medicamento. Segundo a OMS, medicamento é todo produto utilizado para modificar ou investigar sistemas fisiológicos ou estados patológicos, em benefício da pessoa que o utiliza e possui papel relevante na restauração e manutenção da saúde

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. Medicalização da vida

A experiência de dor, desassossego e inquietude é provavelmente tão antiga como a história do gênero humano. E atravessa cada existência do princípio ao fim. Não menos antiga e constante é a busca de soluções, remédios, cura...o urgente é curar.

Adriano Amaral de Aguiar

2.1.1. Medicalizar é preciso, viver não é preciso

A medicalização do sujeito e a redução de seus afetos e sensações a um contexto puramente médico-biológico vem crescendo de forma demasiada e preocupante e nos convoca – profissionais da saúde, educação, assistência social, entre outras áreas – a refletir sobre possibilidades de entendimento dos fenômenos de adoecimento como fatos complexos para além do saber médico, bem como a manifestação de alguns comportamentos como atos de saúde possíveis de transformação individual e social, rompendo com o perigoso paradigma da patologização.

De acordo com Aguiar (2004) citado por Baroni, D., Vargas, R. e Caponi, S., (2010), é Irving Zola quem desenvolve em 1972 o conceito de medicalização, designando a expansão da jurisdição da profissão médica para novos domínios, se ocupando então de problemas de ordem espiritual, moral e legal, assumindo progressivamente a função de regulação social antes exercida pela Igreja e pela lei. Nesse processo, os problemas cotidianos passam a ser definidos como assunto de saúde e doença, discutidos em termos médicos e tratados com fármacos, refletindo uma nova forma de controle social com pretensão normalizadora. Nesta mesma perspectiva, Ferraza, Luzio, Rocha e Sanches (2010) nos trazem que o processo de medicalizar, neologismo de significado distinto de medicar, pode ser definido como fazer de algo ou alguém objeto do saber, da prática ou da tutela médica e que, na atualidade, manifestação principalmente pela crescente prescrição de psicofármacos. Para Hora (2006, s/p) a medicalização pode ser entendida como:

“O processo pelo qual o modo de vida dos homens é apropriado pela medicina e que interfere na construção de conceitos, regras de higiene, normas de moral e costumes prescritos – sexuais, alimentares, de habitação – e de comportamentos sociais. Este processo está intimamente articulado à ideia de que não se pode separar o saber – produzido cientificamente em uma estrutura

social – de suas propostas de intervenção na sociedade, de suas proposições políticas implícitas. A medicalização tem como objetivo a intervenção política no corpo social”.

O discurso patológico na atualidade tem como uma de suas características o fundamento biológico numa posição incontestável. A psiquiatria sempre se encontrou numa relação delicada com o campo da medicina, pois pretendendo ser uma de suas especialidades, nunca conseguiu atingir a racionalidade médica. Era uma pseudo-medicina, já que não se fundamentava nos saberes médicos. A psiquiatria buscava as causas físicas da doença mental e, desde Pinel e Esquirol, encontrava apenas as causas morais. As neurociências possibilitaram a reconstrução da medicina mental próxima à medicina somática e, com isso, o saber psiquiátrico se transformou não só em ciência, mas em especialidade médica. Esta transformação epistemológica produziu mudanças terapêuticas e a psicofarmacologia passou a ocupar referencial fundamental da terapêutica psiquiátrica, dado que as neurociências pretenderam fundar uma leitura do psiquismo. (BIRMAN, 1999).

Caliman e Figueira (2014) nos dizem que na atualidade, na qual o mito científico é legitimado como universal, tornou-se bastante comum a crença de que comportamentos e sentimentos têm causas e origens físicas e que aspirações morais devem ter como modelo desempenhos corpóreos. As autoras chamam a atenção para o fato de que, mesmo a biologização da vida não ser algo tão recente, nas últimas duas décadas houve um grande investimento nas pesquisas acerca do funcionamento cerebral e revelam supostas correspondências entre atividades cerebrais e funções mentais, sustentando uma cultura somática de visão biomédica sobre os processos humanos.

Para Foucault, a palavra medicalização está ligada à uma medicina que, valendo-se do poder de seu discurso científico, toma a sociedade como objeto de higienização, disciplinando os corpos e ampliando de tal forma sua apropriação que chega à regulação de seus comportamentos: o biopoder, o poder sobre a vida das pessoas (FOUCAULT, 2001, p. 35). Problemas com causas sociais e econômicas são reduzidos a um saber médico-moderno que os diagnostica como doença, normatizando a vida social, que nos fala do poder disciplinar. A doença passa a ser uma questão orgânica, desarticulada do sujeito, do seu sofrimento, enfatizando os sintomas, que passam a ser determinantes da doença e não um alerta que possibilitaria alguma transformação.

Illich (1975) entende que as pessoas têm capacidade para lidar com as vicissitudes da vida, como o sofrimento/dor, a doença e a morte. As tecnologias de saúde disponíveis serviriam como apoio e ajuda para lidar com isso, porém a medicina moderna as utiliza sem controle, objetalizando o sujeito e o destituindo de sua possibilidade inerente de lidar de forma autônoma com sua saúde. A partir de suas reflexões, surge o conceito de iatrogenia, epidemia de doenças causadas pela medicina, a partir de efeitos adversos oriundos do tratamento médico, ou seja, consequências das ações de profissionais médicos que seguem esta lógica hegemônica. Para ele, a epidemia da medicalização – onde a sociedade perde sua autonomia perante o saber técnico do médico – é causada pelos exageros da atuação da medicina.

Para Conrad (1992), medicalizar é definir um determinado problema em termos médicos, utilizando linguagem médica para descrevê-lo ou usando uma intervenção médica para tratá-lo. Assim, um problema se torna algo que só um especialista é capaz de entender e dar conta, estando o sujeito desqualificado de debater algo sobre isso.

A normatização segue a lógica da medicalização, que transcende o ato de prescrever remédios e aborda a ideia de um regime que dita modos de existência, de produção de vida, de gerir modos de existência, que prescreve uma regulação dos corpos. A medicação entra no que Foucault (2005) chamou de tecnologias do biopoder. Rabinow (1999) nos traz que tecnologias é um conjunto de operações e procedimentos que marcam as junções e relações entre o saber e o poder. Foucault trata o biopoder em sua obra como o poder sobre a vida, sobre os corpos. Diferente da soberania, que trabalha na perspectiva do “fazer morrer e deixar viver”, o biopoder faz viver e deixa morrer, se ocupando de gerir a vida mais do que exigir a morte. Antes tratava-se de defender a soberania do Estado, agora trata-se de garantir a sobrevivência de uma população (lógica biológica).

Pelbart (2003) aponta que o biopoder se configura sob duas formas: a disciplina, que caracteriza as instituições como escolas, hospitais, fábricas e opera na docilização/disciplinarização do corpo; e a biopolítica, que incide no corpo-espécie, na população enquanto espécie humana, nos nascimentos e na mortalidade, mas também no nível da saúde.

De acordo com Decotelli et. al. (2013, p.449):

“Anátomo-política e biopolítica são formas que se atravessam. A disciplina tenta reger a multiplicidade dos homens como indivíduos sujeitos à vigilância,

ao treino e eventualmente à punição; a biopolítica se dirige à multiplicidade dos homens como massa global, afetada por processos próprios à vida, como a morte e a produção de doenças”.

Segundo Decotelli et al. (2013), da vigilância total sobre os corpos das populações (medicina social), ação da polícia médica alemã, passando pela higienização francesa e pela produtividade do proletário inglês (medicina dos pobres), o poder da tecnologia médica avança até os dias de hoje sob diferentes formas e estratégias (biopolítica), na lógica da sociedade de controle, pois só esse tipo de sociedade pode adotar o contexto biopolítico como terreno de referência, já que numa sociedade disciplinar não há penetração suficiente sob os indivíduos para organizá-los na totalidade de suas atividades.

Para Conrad e Schneider (1992), o controle social se revela nas formas pelas quais a sociedade minimiza, elimina ou normaliza os desvios de comportamento, sendo a Medicina um agente de controle que limita e regula esses desvios por meios médicos e em nome da saúde.

É em *O Nascimento da Medicina Social* (1979) que Foucault emprega pela primeira vez o termo *biopolítica*. O autor alia o capitalismo à socialização do corpo, à lógica biopolítica, e cita, nessa mesma obra: “Foi no biológico, no somático, no corporal, que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A Medicina, uma estratégia biopolítica” (p.80). Assim, podemos pensar a Medicina como estratégia de disciplina e de regulamentação das populações, normatizando e disciplinando o corpo adoecido e também prescrevendo as condições que entende como ideais para o “bem estar” coletivo.

A Medicina, no exercício do biopoder, disciplina o corpo adoecido e também dita como o sujeito deve ser e existir para o bem-estar coletivo. Como nos diz Foucault (2005), ela é um saber com efeitos disciplinares e regulamentadores sob a população.

Para Decotelli et al. (2013), para que a medicalização e a intervenção especialista se justifiquem, é necessário patologizar àquilo que desobedece e se diferencia das normas à fim de se afirmar o que é *ser normal*. E complementa: “O conceito de medicalização pode ser entendido como um processo que produz realidade e conforma modos de existir. É um processo que fabrica subjetividades medicalizadas, produz modos de existência e gerência de vida, de saúde” (p.451).

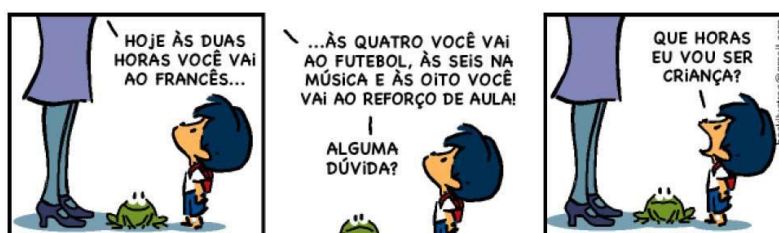
A indústria farmacêutica transforma sujeitos em consumidores. Afetos, sensações e sentimentos deixam de ser experiências inerentes à existência e passam a ser doenças

que necessitam de diagnósticos e medicamentos. Tristeza torna-se depressão; timidez, fobia social ou transtorno de ansiedade; tontura, labirintite; enfim, uma infinidade de nomes que fazem do diagnóstico uma identidade. Birman (2000) nos alerta que na atualidade qualquer sofrimento psíquico pode ser rotulado como psicopatológico e o tratamento se dá sob a forma de psicofármacos, numa ocorrência generalizada do que o autor chama de “medicalização do social”, conceito também discutido por Foucault (2006). As pesquisas, bem como nossa própria prática profissional, nos mostram que o número de pessoas medicadas, principalmente devido a supostos transtornos mentais, cresce progressivamente. A indústria farmacêutica, grande potência econômica, manipula e influencia o conhecimento médico, determinando supostos achados de pesquisas a partir de interesses próprios, revelando um gigantesco conflito de interesses naquilo com que o próprio saber médico precisaria se implicar: o bem-estar da população em geral. As pesquisas na área de medicamentos deixam de ter um cunho ético-científico e passam a atender à lógica puramente de consumo.

Conrad (1992) situa que a medicalização opera tanto nos desvios de comportamento, quanto nos processos naturais da vida. Dentre os processos naturais estão a sexualidade, o nascimento, o desenvolvimento infantil, entre outros. Como desvio teríamos a loucura, a homossexualidade, a hiperatividade, as dificuldades de aprendizagem, o alcoolismo, etc.

Isto se torna ainda mais urgente quando nos deparamos com o tempo da infância, onde crianças não são entendidas como seres contextualizados socialmente, mas como indivíduos que precisam servir à uma lógica hegemônica normatizadora e disciplinadora, alheia ao que é inerente à constituição do sujeito e de sua vida.

2.1.2. Quando a norma captura a infância



Fonte: <http://www.tirasbeck.blogspot.com.br>

A medicalização da infância é quando o saber médico se apropria dela ao mesmo tempo que produz um saber sobre ela. A medicalização entra como tecnologia de controle de riscos para o ser-criança. No Brasil, a medicalização da infância evidencia-se, no advento da República sob a constituição da imagem do cidadão brasileiro, no âmbito educacional. A criança, visualizada como futuro cidadão, torna-se foco da intervenção médica. (DECOTELLI et al., 2013). Assim, nenhuma criança pode se diferenciar do que já lhe fora destinado como modos de ser e existir. Aquela que foge do que é socialmente aceito e dito por especialistas, está *doente*. Questões inerentes à infância (“mau comportamento”, desobediência, agressividade, agitação/inquietude, dificuldade de aprendizagem, etc.), ao cotidiano da vida infantil, se tornam problemas médicos. Ela tira de debate problemas sociais e os categoriza como doença.



Médico: - Provavelmente a droga mais eficaz que eu poderia recomendar para os problemas de seu filho é Ritalina.

Criança: - Mamãe! Papai me disse que se uma pessoa estranha me oferecer drogas, eu deveria dizer "Não".

Fonte: <http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>

No caso das dificuldades de aprendizagem, a medicina moderna, bem como outras áreas do conhecimento – como a própria psicologia e pedagogia -, criam cada vez mais diagnósticos e, conseqüentemente, mais medicamentos (ou seria a lógica inversa? – mais medicamentos e, conseqüentemente, mais diagnósticos), retirando de circulação qualquer questionamento sobre o sistema de ensino vigente e sua eficácia e pertinência aos processos salutares de ensino-aprendizagem. Afinal, a educação também vem se tornando ao longo da história, um espaço hegemônico-comercial, onde a diversidade dos sujeitos e do tempo de aprender se tornam fracassos do próprio sujeito diante de uma lógica imposta dominante que determina como devem ser, como devem se portar, o que e como podem sentir. Neste caso, seriam as crianças que estão em conflito com o ensino ou o

ensino em conflito com as crianças? Um tema interessantíssimo, mas que apesar de transversal e urgente, teremos que deixá-lo para outro momento, para que não fuçamos do objetivo desta presente escrita. Voltando ao que se falava anteriormente, está cada vez mais difícil falar de um comportamento infantil sem tentar classificá-lo como alguma questão neurológico-psiquiátrica-funcional (ou disfuncional).

No caso de uma criança agitada, dentro deste paradigma médico, não há um contexto social que se sobreponha minimamente a um biológico. Se ela está agitada, tenta-se achar marcadores neurológicos e/ou fisiológicos e, na sua ausência (que é na grande maioria dos casos), encontra-se um diagnóstico que identifique tal comportamento como doença, desimplicado de um entorno. Ignora-se se esta criança recebe da família, da escola e de outros agentes sociais o olhar, cuidado e estímulo necessários ao seu desenvolvimento. Se houver algo que diferencie uma criança da curva de normalidade ditada pelo saber médico, ela está doente e precisa ser medicada. Com isso, uma consulta médica deixa de ser um dispositivo de intervenção possível para servir à uma lógica normatizadora massacrante, hegemônica e, por sua vez, perversa.

Brzowski e Caponi (2013) abordam que grande parte dos desvios na infância são observados na escola, principalmente quando a criança apresenta alguma dificuldade em sua aprendizagem, como não se alfabetizar na idade esperada ou ter dificuldade em prestar atenção em sala de aula, quando então, nos tempos atuais, poderia ser encaminhada a um profissional para avaliação. Os desvios na infância são, nesse caso, aqueles relacionados com o que se diferencia da norma social. Assim, crianças devem aprender algo em tal idade e de tal forma. Recriar-se, aqui, é doença.

Na infância e adolescência a medicalização da vida acontece principalmente nos campos da aprendizagem e do comportamento – as doenças do não-aprender e do não-se-comportar. Entende-se o sintoma como causa e faz-se dele uma ampliação da patologização. Diante de uma criança que não aprende ou de uma adolescente que não se comporta bem, não se questiona os graves e crônicos problemas do sistema educacional ou da vida em sociedade (COLLARES, MOYSES & RIBEIRO, 2013). Sobre isso, Guarido (2010) fala que a prática de medicar tem como objetivo o tratamento dos sintomas, sem se debruçar sobre o contexto de vida e singularidades dessas crianças.

A título de curiosidade, sem ser menos importante, Decotelli et al. (2013) trazem que o Brasil é o segundo maior consumidor mundial de Ritalina, atrás apenas dos EUA. Em 2000 foram 70000 caixas vendidas e, em 2009, o consumo chegou a 1.700.000 caixas,

prescritas por médicos a crianças com supostos distúrbios de convivência social e aprendizado. Por aquietar estes supostos distúrbios o medicamento foi apelidado de “a droga da obediência”. A droga é prescrita para supostos comportamentos desviantes em milhares de crianças, o que nos faz pensar em uma outra lógica: da normatização, que dita o que é ser uma criança normal com pleno aproveitamento de suas capacidades cognitivas.



Fonte: <http://www.tirasbeck.blogspot.com.br>

Na lógica medicalizante tudo o que é socialmente definido e recomendado é aceito pelo indivíduo. Por isso, tantos pais ainda que discordem, acatam o saber médico especialista e medicam seus filhos com substâncias psicoativas prescritas que prometem ser uma solução rápida, efetiva e relativamente barata para os desajustes infantis entendidos como doenças. Qualquer outra solução – psicoterapia ou reavaliação do modelo pedagógico e sistema familiar oferecidos a esta criança, por exemplo - levaria um tempo maior de desfecho, ainda que fosse um tempo mínimo perante à imensidão da vida – porém, um tempo insuportável para o imediatismo social em que vivemos. Para Conrad e Schneider (1992), quando um problema é definido como médico, a discussão sobre ele é removida do âmbito coletivo e levada para a área da saúde. Em outras palavras, a população em geral tem suas próprias concepções sobre o que é ou não um comportamento desviante, mas as definições dos especialistas geralmente são as dominantes.

Amarante e Sanches (2014) nos trazem que a grande maioria dos encaminhamentos de crianças aos serviços de saúde mental se dá por dificuldades de aprendizagem, sem serem avaliadas pedagogicamente, considerando o não aprender como uma incapacidade pessoal da criança. A escola, que deveria propor práticas pedagógicas alternativas para lidar com estas dificuldades, atua como um espaço de diagnóstico e, conseqüentemente, excludente. Os autores observam, a partir de sua pesquisa, que na grande maioria dos casos analisados, houve pouco ou quase nenhum contato entre família e escola para que tais queixas fossem discutidas e avaliadas de forma

pertinente. Pelo contrário, observaram que muitas instituições escolares, ao invés de serem acolhedoras, agiram de forma opressora e punitiva, diminuindo o tempo de permanência da criança na escola até que seus familiares “resolvessem” o problema.

Seguindo nesta ideia, Decotelli et al. (2013, p.453), nos traz que: “A medicalização, como estratégia biopolítica, serviu à constituição da nação e à afirmação da classe dominante burguesa, que oferece os moldes de vida da família brasileira. Nesse contexto, a escola é o lugar, por excelência, de constituição dos corpos saudáveis e educáveis.”.

Para um ideal de vida burguesa, a criança torna-se foco de cuidado e deve ter garantidas, por sua família – também medicalizada -, condições que lhe permitam crescimento pessoal. Foucault (2010), ressalta que esse controle familiar deveria ser sempre submisso à intervenção do saber biomédico. Nesta lógica, chegam os médicos higienistas, num movimento de enquadrar a sociedade em normas físicas e morais, o que contribuiu para a formação da nova família brasileira e para uma nova concepção de infância. Para Guarido (2010), as intervenções dirigidas às escolas e às famílias tiveram origem, de maneira geral, nas teorias higienistas, nas teorias médicas sobre degeneração, nas concepções da puericultura e no desenvolvimento de técnicas da Psicologia do Desenvolvimento.

De acordo com Foucault (2010, p.222):

“Restringindo assim a família, dando-lhe uma aparência tão compacta e estreita, faz-se que ela fique efetivamente penetrável por certo tipo de poder; faz-se que ela fique penetrável por toda uma técnica de poder, de que a medicina e os médicos são transmissores juntos às famílias”.

Como nos diz Brzozowski e Caponi (2013, p.212):

“A higienização na escola abriu caminho para que a saúde entrasse na instituição escolar e ali permanecesse, tornando possível e aceitável a identificação e o encaminhamento ao médico de crianças com problema de comportamento, a partir do momento em que esses problemas fossem considerados doenças ou transtornos”

Neste contexto, as famílias são tidas como ignorantes em relação aos cuidados demandados pela infância. Elas precisam aprender a educar e cuidar de seus filhos. A

medicina apropria-se da infância e impera a ideia de proteção, na trama de uma lógica onde a criança é “cuidada” para se transformar no adulto adequado à dita ordem. O saber médico adentra o espaço escolar ao final do século XVIII, para identificar os *anormais*, aqueles que não aprendem e o que era para ser apenas diferença, passa ser entendido como doença. No século XIX a família recebe tutela de especialistas que adequam e/ou reestabelecem algum funcionamento que fuja ao determinado como normal. A Medicina ocupa todo o social, ditando o que é normal, o que é ser o *homem-modelo*, sob o discurso de proteger a saúde e eliminar a doença.

Na trama de uma lógica protetiva e de diminuição de riscos, o biopoder vai ocupando-se de diferentes esferas e envolvendo a sociedade naquilo que se diz preventivo, entre tantas coisas, através do uso de psicofármacos ou de outras substâncias psicoativas que se destinariam a ajustar os até então tidos como desviantes. Mais uma vez, a diferença, a diversidade e a singularidade, tão prevista pela biologia, é aqui entendida como doença. Para se desenvolver dentro do ideal de sujeito normatizado, a criança passa a ser mais um consumidor - ou porque não, vítima - do mercado da saúde. Neste mercado, há a comercialização dos modos de vida que lhe “garantirão” acesso à dita ordem: *ser normal*.

Decotelli et al. (2013, p.455), dizem: “[...] com a naturalização de patologias historicamente criadas e de comportamentos tornados perigosos, a lógica da prevenção do risco passa a ser instituída e move a medicalização”. O biopoder em acordo com o capitalismo, cria um mercado de consumo não apenas de produto, mas de formas de ser, estar e existir na contemporaneidade.

Infelizmente, aderindo a este discurso, grande parte das escolas deixa de ser um território criativo e potente, onde as crianças poderiam exercer a alteridade e entender a diversidade como uma condição humana e tornarem-se adultos mais flexíveis e permeáveis. Esta lógica produz sujeitos cada vez mais refratários a afetos e sensações e ainda mais angustiados e em sofrimento com aquilo que deveria ser entendido e vivenciado como experiência de, naturalmente e preciosamente, saber viver.



Fonte: <http://www.tirasbeck.blogspot.com.br>

Como consequência, a medicação não ocupa – como deveria fazer - um lugar de conforto para a criança, mas de contenção química que traz alívio a quem com ela convive, descontextualizando o sofrimento existente. E não seria o uso abusivo de drogas, uma atualização ou perpetuação dessa contenção química das angústias e sofrimentos do viver? Ou uma tentativa, a partir do abuso de substâncias, de suportar os supostos “desvios” de si diante de um social normatizador? Ou ainda, a droga como alívio imediato daquilo que, na infância, precisaria ter sido entendido para além do corpo biológico, para além de doença e não o foi? Assim, poderíamos assumir a hipótese do uso abusivo de drogas na vida adulta como uma iatrogenia – diante do conceito de Illich – do uso de psicofármacos ou qualquer outra substância psicoativa sob a faceta da medicalização da vida, sem esquecermos de nossa posição de entender o fenômeno da droga sob um contexto multifatorial.

A mesma sociedade capitalista, competitiva, desigual, violenta, perversa, individualista e, por consequência, produtora de sofrimento e adoecimento é a que ignora todo este entorno e contexto, aderindo ao discurso disciplinar de que a doença está desprovida do social, é um fenômeno individual de causas orgânicas. Quando um dado comportamento é diagnosticado como doença, alçado sob conceitos puramente biologicistas, as instâncias e instituições de poder – como a escola, o Estado, a assistência social e a justiça – ficam “liberados” de qualquer responsabilidade sobre a produção deste mal-estar e com isso são isentos de precisarem rever o discurso operante e a subjetividade produzida a partir disso. Ou seja, o sistema de ensino não se põe a repensar sua prática; o Estado não se obriga a rever sua lógica a fim de diminuir as desigualdades sociais; e talvez, a consequência mais grave: o sujeito corre o risco de perder a possibilidade de saber lidar autonomamente com o que é seu, com o seu sentir, o seu pensar, o seu viver. No caso da criança, isso pode incitá-la a tomar o diagnóstico como identidade e todas as suas ações e escolhas presentes e futuras estarem baseadas no que supostamente a doença/transtorno lhe permitiria ou não realizar. Uma lógica alienante, de assujeitamento. Novamente, podemos inferir aqui a ideia que, ao estar assujeitado de si mesmo, o homem

busque através do uso abusivo de drogas uma perpetuação deste sentimento de incompetência diante das vicissitudes de sua existência, ou seja, ser ou estar "drogado" lhe oferece algum repertório como identidade, assim como o diagnóstico o fez em sua infância.

Brzozowski e Caponi (2013) trazem em seu texto a ideia da mudança de perspectiva sobre a criança e seus problemas como um possível aspecto positivo da medicalização da infância, porém ainda sob explicações médicas que lhes tiram a liberdade de escolhas, desejos e responsabilidade pessoal pelo seu comportamento. De mal-comportados, rebeldes ou preguiçosos, essas crianças passam a receber o *status* de doentes e deixam de ser culpabilizados pelos seus atos, já que o problema estaria no seu cérebro e no seu corpo, libertando-as de estigmas que afetam sua autoestima. Esta abordagem também permite a mudança de uma correção punitiva para uma terapêutica, diga-se, uma terapêutica predominantemente farmacológica. Nesta perspectiva a escola também passa a dividir sua responsabilidade sobre as crianças com os especialistas e, no caso afirmativo de um diagnóstico – principalmente com prescrição medicamentosa – conseguem olhar a criança de forma diferente, agora como doente e não mais como culpada. As autoras atentam que são aspectos positivos que estão mais relacionados ao entorno da criança do que a ela própria e que não temos como afirmar até que ponto eles beneficiam o sujeito medicalizado.

O saber médico se ocupa de transformar em transtorno/doença o que não é aceito e tolerado socialmente, ou seja, com o que se desvia disso. No cenário atual, o social tolera muito pouco os desvios de comportamento como a agitação, a falta de foco e de interesse, presentes em inúmeras crianças. Mas, vejamos bem, são inúmeras e não algumas crianças. O que isso quer dizer? Algo endêmico e/ou epidêmico não nos serve justamente para pensarmos que diante de tal fenômeno precisaríamos nos posicionar diferente? Não estaríamos nós, sociedade, sofrendo de algum transtorno que nos provoca baixa tolerância e limiar de frustração diante do que deveria ser entendido como trajetória possível? Illich (1975), nos traz que, nossa sociedade, super industrializada e individualista, gera doenças, uma vez que o indivíduo não se adapta a ela. O diagnóstico médico explica o porquê da não adaptação ao dito social. A classificação de doenças adotadas por uma sociedade reflete sua estrutura institucional, e a origem social das doenças está na necessidade da isenção de culpa das instituições.

A criança carente de olhar, afeto, limites, que se agita, se revolta e se indigna não é escutada como um ser demandante ou desejante, é tida como anormal, doente e se torna objeto da medicina, do saber médico, do saber especialista. Moyses & Collares (2010) sinalizam que os transtornos mentais infantis, principalmente os de aprendizagem, em termos biomédicos, são considerados de forma individual. Ao se tornar um adulto, como esta criança lida com o que sempre entendeu ser desviante e desajustado? Se na infância os sintomas são entendidos como doença e não como movimentos salutares, como serão entendidos os inúmeros outros a surgir ao longo da vida? Continuemos a pensar e articular, agora a partir do fenômeno das drogas propriamente dito.



Fonte: <http://www.tirasbeck.blogspot.com.br>

2.2. A temática das Drogas

2.2.1. Muito prazer, eu me chamo Droga!

Como se sabe, a primeira vítima das guerras é a verdade. Na assim chamada guerra às drogas, não tem sido diferente.

Leon de Souza Lobo Garcia

É considerada droga qualquer substância, natural ou sintética, que administrada por qualquer via do organismo altere sua estrutura ou função (OMS, 2004). As drogas psicoativas são substâncias que alteram funções psicológicas e/ou comportamentais, como o humor e a consciência (DIAS e PINTO, 2016). Os autores também nos trazem que quanto à origem, as drogas podem ser divididas em 3 grupos: *naturais*, que têm como matéria prima plantas com princípios psicoativos; as *semisintéticas*, quando as substâncias naturais são manipuladas quimicamente em laboratórios; e as *sintéticas*, que não dependem de matéria prima animal ou vegetal, sendo unicamente manipuladas quimicamente em laboratórios. Nicastri (2011) nos pontua a divisão do ponto de vista

legal: *licitas* e *ilícitas*. Por *licitas* entende-se àquelas comercializadas de forma legal, com ou sem restrições, como o álcool, o tabaco e os medicamentos psicotrópicos. Por *ilícitas* entende-se àquelas que têm sua comercialização proibida por lei, como a maconha e a cocaína, entre tantas outras.

Dados do Relatório Mundial sobre Drogas de 2015 (UNODC, 2015) indicam que a incidência do consumo de drogas na contemporaneidade é elevada. O Relatório estima que 1 a cada 20 indivíduos com idade entre 15 e 64 anos tenha feito uso de alguma substância ilícita em 2013. Sobre as lícitas, indica-se que 38% da população mundial ingeriu álcool nos últimos 12 meses e, desses, 16% o utilizou em padrões pesados de consumo (WHO, 2014). Sobre o tabaco, indica-se que 22% da população mundial com idade igual ou superior a 15 anos é fumante (OMS, 2015).

Segundo a OMS (2004), cerca de 10% das populações dos centros urbanos, em nível mundial, consomem abusivamente SPA, independentemente da idade, sexo, nível de instrução e poder aquisitivo, sendo o álcool a substância mais consumida. Birman (1998) salienta que as toxicomanias é a perturbação psíquica que aparece com maior destaque nas publicações da área da psicopatologia e psiquiatria nos últimos anos, seguida das depressões e síndrome do pânico. Dados do CEBRID (2010) apontam que a busca pelo prazer, diminuição da ansiedade, tensões, medos e alívio de dores físicas estão entre os principais motivos do uso de drogas.

A relação entre seres humanos e as drogas é pré-histórica. Plantas psicoativas eram ingeridas como alimentos e por suas propriedades curativas. Também eram utilizadas em diferentes rituais na busca do homem pela espiritualidade (ARAÚJO e MOREIRA, 2006). O uso de SPA constituía a sociedade e não oferecia ameaça à ordem social. (MACRAE, 2013). Avelino (2010) traz que as primeiras referências escritas acerca de plantas e substâncias psicoativas extraídas das mesmas datam desde o advento da escrita, na Idade Antiga. A papoula ou dormideira, aparece descrita em placas sumérias do terceiro milênio a.C.; o cânhamo tem sua origem na China, país em que foram encontrados os primeiros restos desta e há também indícios de seu uso na Índia, para tratamento de febre, insônia, tosse seca e disenteria, e na civilização da Mesopotâmia, empregada como incenso cerimonial; o arbusto de coca, no antigo Alto Peru (hoje Bolívia), fora disseminado pelos incas em manifestações ritualísticas e utilizado como forma de aliviar o esforço físico e mental relacionado ao trabalho em altas altitudes; e relatos sobre o uso de álcool, em especial na sociedade egípcia, na região da Ásia Menor

e na Bíblia judaica. Sodelli (2010) complementa que desta mesma época datam registros descrevendo a fabricação de cerveja através da fermentação do pão.

Este cenário se transforma com o advento da Idade Média, onde surgem mecanismos de controle e abordagens proibitivas sobre as SPA, a partir de alguns determinantes históricos: a lógica cristã que condenava os rituais profanos; as consequências físicas e psicológicas do uso indiscriminado das SPA a partir do final do século XIX; o período de acentuada condescendência ao consumo nas décadas de 60 e 70; e a associação entre o consumo de drogas e infecção pelo HIV no final do século XX. (ARAÚJO e MOREIRA, 2006). Avelino (2010) diz que na Idade Média a Igreja Cristã é a maior instituição feudal do Ocidente Europeu, exercendo sua hegemonia ideológica-cultural através do estabelecimento de normas e comportamentos. Com isso, o conhecimento pagão – inclusive no que tange ao uso de drogas – passa a ser considerado heresia e inúmeras pessoas começam a ser perseguidas pelos inquisidores.

Garcia (2016, p. 104) também afirma que ao longo da história encontramos múltiplos sentidos atribuídos ao consumo de drogas e, mais especificamente na modernidade, temos desde as práticas tóxicas dos artistas do *fin de siècle* (ópio, haxixe), passando pela “contracultura” dos anos 1960 (LSD, maconha); pela “crise da contracultura” – que veio acompanhada do consumo de heroína pelos desviantes dos anos 1980 (*junkies*) e da cocaína pelos *yuppies* do mercado financeiro; chegando ao consumo de *ecstasy* no contexto das festas da juventude burguesa. A autora chama a atenção para o alto consumo das substâncias lícitas na contemporaneidade - celebradas em comerciais televisivos no horário nobre – como o álcool e os psicofármacos.

Sob o ponto de vista econômico, a partir do século XVI, com a expansão marítima, houve uma mudança na perspectiva em relação às drogas. Determinadas substâncias são vistas a partir da sua capacidade de gerar receita econômica aos países colonizadores. As primeiras nações que se lançaram ao mar, principalmente Portugal e Espanha, logo tiveram contato com a flora das Américas – substâncias estimuladoras, depressoras ou perturbadoras do sistema nervoso central, obtidas nas ervas e que, com o tempo, retornaram a Europa para serem comercializadas. A Guerra do Ópio, conhecido conflito entre Inglaterra e China ocorrido entre 1839 a 1842, exerceu papel pontual na transformação da droga em produto comercial e sua negociação em larga escala (AVELINO, 2010).

Schenker (2008) também pontua o uso histórico das SPA nas mais diferentes culturas e épocas, desde um uso cultural até a dependência, definida como um consumo abusivo que traz prejuízos físicos, psicológicos e sociais para o sujeito. Lopes, Lemos e Schneider (2013) nos trazem que o padrão de consumo de drogas é dividido em três categorias: uso, quando não há consequências prejudiciais; abuso, quando há possibilidade de consequências prejudiciais; e dependência, quando há perda do controle sobre a frequência e quantidade consumida.

2.2.2. Fenômeno complexo e multifacetado

O tema das drogas, sob suas inúmeras facetas, é sempre instigante. Inúmeros pesquisadores e teóricos ocupam-se dele e nos revelam a complexidade que envolve o tema do uso e abuso de drogas através da percepção de diferentes campos do saber que tratam desse fenômeno tão atual e urgente de discussões e reflexões, principalmente numa contemporaneidade que se ocupa dele – de forma banalizada e indiscriminada – como causa e/ou consequência para tantos outros fenômenos também complexos e multifacetados.

Iniciaremos nossa reflexão de forma a ampliar o campo de discussão sobre o uso abusivo de substâncias para além das crenças e explicações comuns que vinculam como causa, como as más companhias, dificuldades financeiras, entre tantas outras. E a intensão não é de desconsiderá-las como fatores que possam influenciar uma relação mais preocupante com as drogas, mas não tomá-las como gênese de um fenômeno que, como já dissemos, tem origens multifacetadas e bem mais complexas.

Partiremos do texto de Antônio Nery Filho (2012) “*Por que os humanos usam drogas?*”, onde o autor, a partir de uma belíssima escrita, transcorre pelo universo simbólico dos mitos da Horda Primitiva e de Adão e Eva para nos falar, respectivamente, da construção da concepção de Tempo – passado-presente-futuro – e da passagem à condição de Humano, a partir do saber de si e da consciência de finitude e morte. Com isso, nos aponta o que há de mais humano em cada um de nós: o desamparo e a percepção da morte e a entrada da droga como alternativa ao mal-estar que nisso se revela. E isso, teria ocorrido de forma natural, primitiva, inconsciente. De acordo com o autor (p.15, grifo do autor):

“[...]um dia, depois de longa peregrinação, um grupo de humanos repousou sob árvores protetoras [...]. Vejo um humano saindo de seu canto em busca de água para apaziguar a sede. Abaixa-se [...], bebe sofregamente sem se dar conta que nesta água estão amolecidos e dissolvidos frutos, frutos de sua árvore, tombados antes de sua chegada. [...]. Frutos cítricos fermentados deram a essa água propriedades novas, **inebriantes**, pela presença de etanol ou de moléculas de propriedades químicas muito próximas, produzindo, pela primeira vez, inevitável efeito depressor do sistema nervoso central e a respectiva alteração da percepção de si mesmo e do mundo exterior. Finalmente, a dor psíquica causada pelo conhecimento da finitude era aplacada e os humanos puderam seguir em frente construindo incessantemente sua história”.

Nery (2012, p.18) nos responde então: *“Assim, concludo que, fundamentalmente, os humanos usam drogas porque se tornaram humanos”*. Mas, articulado com a contemporaneidade para explicar a condição do uso de drogas, não esquece de frisar a dimensão social e da própria substância do mundo de hoje - mais complexas comparadas à época dos mitos – para nos dizer que *“ [...] cada humano consumirá esta ou aquela droga, na medida de suas necessidades subjetivas e sociais. Não são as drogas que fazem os humanos; são os humanos que fazem as drogas ou, se dissermos de outro modo, em função dos buracos/faltas que constituem a estrutura de nossas histórias”* (p.20). Essas duas dimensões, a humana e a social, juntamente com os tipos de substâncias psicoativas disponíveis na atualidade, nos ajuda a entender e admitir o quão multifacetado é o campo de estudo e intervenção do uso e abuso de drogas, sejam elas lícitas ou ilícitas.

Seguindo um pouco nesta direção Sodelli (2010) nos aponta, a partir de uma abordagem existencialista-fenomenológica, que entende o homem como ser livre que precisa construir seu vir-a-ser e que esta condição é, ao mesmo tempo, potente e assustadora, pois implica o sujeito diretamente na responsabilização por sua vida, história e percurso e isso o diferencia de outros seres, juntamente com a consciência de sua finitude. A partir disso os sentimentos de angústia e culpa são inerentes ao existir; angústia pela consciência de finitude e compromisso de criar/construir uma história; e culpa sempre que não consegue garantir seu percurso. Para o autor, essa condição se define como vulnerabilidade existencial e é uma abertura para o possível uso de drogas, como uma das possibilidades de se aliviar, a partir da alteração do estado de consciência, das responsabilidades do existir.

Para Bucher (2002) o consumo de drogas deve ser considerado como um fenômeno especificamente humano, ou seja, cultural: não há sociedade que não tenha suas drogas, mas cada uma recorre ao seu uso por finalidades diferentes. Garcia (2016, p.103) nos traz que o uso de drogas, lícitas ou ilícitas, é um fenômeno transclassista, ou seja, todas as classes consomem psicotrópicos pelas mais variadas razões. De acordo com

Broecker e Jou, (2007, p. 269) “*O entendimento do uso de drogas sofre, portanto, interferências culturais, sociais, religiosas, políticas e científicas de cada população*”.

Consideramos que a abordagem do consumo de drogas não pode ser unívoca, precisa ser plural, apresentando diversos saberes e práticas, que convergem, divergem e se complementam entre si. Isso porque, a própria gênese do uso abusivo de drogas é multifatorial e singular a cada sujeito. Ao assumirmos este contexto, entendemos que a droga tem função singular para cada um que a usa. Ela pode apenas ter função recreativa para alguns, indo até um contexto de risco e dependência para outros. Mas, o que determina esta fronteira? Como já dissemos, ela é multifacetada, mas podemos sim ir apontando algumas variáveis que influenciam nos diferentes modos de consumo das substâncias psicoativas.

Neste ensaio, onde o nosso objeto de estudo aborda a relação entre o uso de substâncias psicoativas na infância – contextualizado num uso que busca o controle dos corpos e a homogeneização do sujeito, como discutido no capítulo anterior a partir do conceito de medicalização da vida – e o uso abusivo de drogas na vida adulta, nos ocuparemos justamente desse recorte, entendendo que ele não é determinante e, muito menos, unívoco. Não defenderemos a ideia de que toda a criança que faz uso de substâncias psicoativas está destinada ao uso abusivo de drogas no futuro. Mas, apontaremos que o uso maciço e imperativo de psicofármacos ou de qualquer outra substância psicoativa desde a tenra idade, que vise o silenciamento de algum problema, afeta na construção de subjetividade e nos modos de ser, pensar e existir.

A multiface no campo das drogas se evidencia pela pluralidade de quem as usa. Espinheira (2009) nos instiga a pensar sobre isso, afirmando que o que há de comum entre os usuários de drogas é o uso de drogas. Porém, as formas de uso, sua gênese e seus significados são singulares a cada indivíduo, sendo contextualizados a partir da experiência de existir de cada sujeito. Portanto, não nos cabe definir uma trajetória mesma e de desfecho único quando nos ocupamos da temática das drogas. Para Mayora (2016, p. 151) os múltiplos e polissêmicos consumos de drogas podem ser não problemáticos ou problemáticos. Os primeiros são aqueles que ocupam um mero espaço no âmbito das demais preocupações afetivas do sujeito, mas que não se tornam os protagonistas da sua existência. Os segundos são aqueles que acabam por gerar o rompimento dos laços do consumidor com sua rede interpessoal e desintegrar os seus laços afetivos. O autor

também enfatiza que a maior parte das pesquisas sobre drogas no Brasil demonstrou que existem consumos socialmente regulados, não problemáticos e, portanto, não patológicos.

As drogas não homogeneizam os usuários, porque não se resumem a uma condição de existência, mas de ser este ou aquele sujeito, de ter ou não vivido esta ou àquela experiência, de saber ou não utilizar este ou aquele recurso como estratégia de enfrentamento do seu próprio mal-estar, de sua própria angústia diante da condição de humano, de mortal, de finito. E, não obstante, diante do seu mal-estar pelo reconhecimento, negação e/ou rejeição aos quais vivenciou em sua existência até então. Novamente Espinheira (2009) nos acrescenta com a ideia de que as drogas são, coisas e meios, utilizados na afirmação possível e/ou precária de suas identidades. Assim, para cada sujeito a droga ocupa funções singulares. Nery (2012, p.20) complementa nos trazendo: *“Nossos nascimentos não são garantias inelutáveis de destino, mas portam a semente do que poderemos ser. Nesse sentido, o uso de drogas será, sempre, indiscutivelmente, uma questão humana”*.

Santos, Tavares e Valente (2012, p.178) nos colocam que as repercussões do encontro entre o jovem e a droga devem levar em conta o tipo de produto consumido, as condições socioculturais em que este consumo acontece e, sobretudo, as particularidades subjetivas daquele que consome. Nos marcam também que este encontro se dá em três repercussões distintas. A primeira, numa perspectiva lúdica, como marca de travessia da infância para a adolescência; a segunda, num contexto de embaraço e adversidades, evidencia dificuldades na constituição das relações familiares desses jovens; e a terceira, nos deparamos com jovens em situações de dependência de substâncias, com necessidade de uso repetitivo, dificuldades de controle do uso e, geralmente, em situações de rompimento dos laços sociais e familiares, vivendo exclusivamente para o consumo da droga.

Se voltarmos à nossa exposição no capítulo anterior de que ao medicalizar a infância se contem justamente este ir-se-responsabilizando-sobre-si com toda as vicissitudes e instâncias que isto incorpora, nos deparamos então, mais tarde, com um adulto que não se constituiu a partir de subsídios, estratégias, habilidades e repertório para agora lidar com o que nele se apresenta naturalmente. Não conseguem se decifrar em seus sintomas, em seu sofrimento e angústias, pois desde cedo sofreram o imperativo de se normatizarem para poder ser. Talvez sejam os mesmos que em sua alfabetização já

evidenciavam como sintoma a dificuldade de decifrar letras e números, ou ainda àqueles que em seus primeiros anos de vida não paravam quietos diante das ofertas de cores, sons, cheiros e tantas outros atrativos do mundo que os cercavam – ambos medicalizados, diagnosticados como dislexos ou hiperativos, entre tantos outros milhares de diagnósticos, e possivelmente medicados.

Num percurso de crescimento onde o sujeito se viu impossibilitado de lidar com os objetos do mundo, a droga pode parecer ser a única resposta e saída para seu sofrimento, quando já o foi no tempo da infância sob a faceta da substância psicoativa. Neste cenário, Santos, Tavares e Valente (2012) colocam que as falas de jovens que se encontram numa situação delicada e comprometedora com a droga são no sentido de descrevê-la como um antídoto que possibilita se livrarem da dor de existir e que eles, muitas vezes, transitam num modo de agir incessante que demonstra não saberem se posicionar frente às exigências do mundo. Com isso, podemos pensar não só no abuso de drogas como iatrogenia do uso de SPA na infância, mas também como mais um sintoma que transmite uma nova tentativa do sujeito de demonstrar seu sofrimento, suas dificuldades, seus desejos – mesmo os de morte. E também é uma nova chance para que alguém os olhe como sujeitos e entenda que neste sintoma pode haver um pedido, uma demanda, não mais por um diagnóstico e uma normativa, mas por uma clemência de existir em sua diversidade, em sua diferença, em seu limite – em sua singularidade.

Articulando o fenômeno do abuso de drogas à medicalização, podemos refletir acerca de uma ideia trazida por Lins e Scarparo (2010) que apontam que na contemporaneidade a drogadição, pela via da sedação e/ou da negação, contribuí para a ratificação de lógicas lineares na resolução de problemas e conflitos. Uma lógica que desconsidera a multidimensionalidade da vida, culpabilizando o sujeito pela sua relação problemática com substâncias e, conseqüentemente, produzindo um entendimento fragmentado do fenômeno e repleto de contradições improdutivas. Nisso não há a possibilidade de entrelaçamento dos diferentes saberes capazes de acolher a complexidade posta. Nessa via de culpabilização do usuário, Lancetti (2015) chama a atenção para o papel da mídia que demoniza a substância e o usuário, fortalecendo concepções reducionistas em torno do fenômeno.

A lógica medicalizante reduz a complexidade de fenômenos como o das drogas. Tenta entendê-lo a partir de uma perspectiva individual, da responsabilização do sujeito,

sem qualquer amplitude ou capilaridade, impedindo a leitura do problema como algo complexo e negando a pluralidade que ele contém. O abuso de substâncias não se refere somente à forma como ela é administrada; comporta os mais diversos espectros, desde condições político-econômicas – como numa lógica capitalista de consumo, produção e produto – até àqueles associados à cultura e à subjetividade. Garcia (2016) observa que, nas classes dominantes, o consumo de drogas também pode ocupar um lugar de reforço do próprio princípio disciplinar, no desempenho cognitivo de universitários, por exemplo, recorrendo às drogas para dar conta de suas tarefas do cotidiano. Se antes o consumo de drogas esteve associado, sob diferentes formas, com a procura por experiências existenciais, hoje o consumo de drogas está amplamente vinculado ao próprio princípio disciplinar, atendendo à demanda capitalista-hegemônica. Mayorca (2016) reitera dizendo que o uso de drogas tem inúmeros significados na vida das pessoas: religiosos, místicos, mágicos, médicos, facilitadores da interação e da comunicação, recreativos, disciplinares, entre outros e que nem todo indivíduo que consome drogas torna-se um viciado, expressão que na realidade serve como um estigma moralista que prejudica refletir sobre políticas de atenção interessantes para o fenômeno.

Há uma reflexão bastante interessante na lógica do uso abusivo de drogas enquanto fenômeno multidimensional trazida por Souza (2006, p. 37) onde o autor diz que não é a malignidade da droga que cria a prisão do vício, mas, o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável; principalmente entre pessoas em vulnerabilidade social, dificuldades cognitivas e emocionais, que ele denomina “desclassificados”, a reação é dirigida contra si mesmo e o consumo da droga é uma tentativa desesperada de fugir de um cotidiano intragável ainda que o consumo progressivo apenas aumente o desprezo social e a degradação subjetiva e objetiva.



2.3. O CAPSad: um dispositivo desmedicalizante?

Em 2001 a Reforma Psiquiátrica tem seu marco legal no Brasil e traz uma Política Pública de Saúde Mental que rompe com o sistema manicomial-hospitalocêntrico vigente através de serviços substitutivos numa rede de atenção. O principal serviço e dispositivo que concretiza a Reforma Psiquiátrica é o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) que acolhe e oferece acompanhamento integral às pessoas com transtornos mentais, visando possibilitar sua reinserção social, sua autonomia e integração familiar (BRASIL, 2004; LANCETTI, 2015). É um modelo de atenção em saúde mental debatido por décadas, com um processo intenso de mobilização, lutas e iniciativas legislativas que defendem, dentre outras coisas, a desinstitucionalização – através da diminuição de leitos psiquiátricos e a oferta de serviços próximos ao contexto sociocultural e familiar do sujeito - se contrapondo ao modelo clássico da psiquiatria que promovia o isolamento da loucura e depreciação do sujeito com sofrimento psíquico (FARIA e SCHNEIDER, 2009).

Os CAPS se destinam e se diferenciam conforme o porte, clientela atendida e capacidade de atendimento. O CAPS I é destinado para municípios com população entre 20000 a 70000 habitantes; o CAPS II em municípios com população entre 70000 e 200000 habitantes; CAPS III para municípios com população acima de 200000 habitantes – funciona 24 horas diariamente e possui leitos para internações breves; o CAPSi, referência para atendimento de crianças e adolescentes em municípios com cerca de 200000 habitantes; e CAPSad, referência para usuários com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas em municípios com mais de 70000 habitantes (BRASIL, 2004).

Os CAPS operam dentro de uma nova lógica, com equipes interdisciplinares, instituições abertas e regionalizadas em uma visão ampla, para além do entendimento psicopatológico do sujeito e uso de medicações, visando a reintegração da pessoa com sofrimento psíquico (FARIA e SCHNEIDER, 2009).

A hegemonia do modelo psiquiátrico também foi reproduzida historicamente na atenção aos usuários de álcool e outras drogas, dentro de uma lógica hospitalocêntrica e farmacológica que tinha como meta a abstinência, desqualificando e patologizando o usuário. Esta lógica associou-se a um modelo moral, comumente de cunho religioso,

como muitos grupos de autoajuda, que compreendiam o usuário como desviante de um caminho correto e que precisa se redimir diante de um ser superior numa premissa culpabilizante sobre o sujeito. Na metade do século XX firmam-se serviços privados e filantrópicos, que sintetizam os modelos psiquiátrico e moral e que ainda são predominantes no tratamento à dependência de drogas (SPOHR, LEITÃO e SCHNEIDER, 2006).

Junto ao movimento da Reforma Psiquiátrica surge a proposta de Redução de Danos (RD) como uma das formas da nova lógica de atenção aos usuários de drogas, que questiona a patologização do usuário e a visão de abstinência como meta única do tratamento, propondo um entendimento mais político sobre o fenômeno do abuso de drogas e entendendo-o como questão de saúde pública das mais importantes (BRASIL, 2004). Para Lancetti (2014), a RD é uma política e prática de saúde pública com diversos procedimentos que visam minimizar as consequências negativas provocadas pelo uso de SPA. A abordagem de RD não objetiva que o usuário interrompa o uso da droga ou que o indivíduo nunca a experimente, mas pretende lidar com o modo como este consumo é realizado, priorizando, especificamente, diminuir os possíveis danos à saúde. Trabalhar a prevenção na perspectiva da abordagem de RD é compreender que o melhor caminho para lidar com o uso de drogas é construir, junto com o outro – usuário -, possibilidades de escolhas mais autênticas e livres, diminuindo vulnerabilidades (SODELLI, 2011).

Na III Conferência Nacional de Saúde Mental, em 2002, o Ministério da Saúde construiu o *Programa Nacional de Atenção Comunitária Integrada aos Usuários de Álcool e Outras Drogas*, tratando o problema do uso abusivo de SPA como questão de saúde pública e não mais associada à criminalidade ou culpabilização do usuário e tendo como estratégias a ampliação do acesso ao tratamento, ampliação do entendimento sobre a dinâmica do fenômeno, a promoção de direitos e a redução de danos. O CAPSad foi regulamentado em 2002 e destina-se ao atendimento a usuários que fazem uso prejudicial de álcool e outras drogas. Dentre outros propósitos, o serviço oferece espaços de descanso, convívio social, integração e desintoxicação ambulatorial para quem necessitar e não demande atendimento clínico-hospitalar (BRASIL, 2004).

Em 2003 ações de saúde mental são propostas desde a Atenção Básica, através do apoio matricial com profissionais de referência em saúde mental. Com isso, a Atenção Básica veio se consolidando como ordenadora do sistema local de saúde promovendo-o

de forma integral, universal, equitativo e com controle social. Os Núcleos de Atenção à Saúde da Família foram criados em 2008 no intuito de fortalecer as ações de saúde mental na Atenção Básica. A partir disso há uma descentralização do serviço de CAPS que segue como ferramenta fundamental dentro da perspectiva anti-manicomial (LOPES, LEMOS e SCHNEIDER, 2013).

Pensando o CAPSad como um dispositivo de uma nova lógica de atenção em saúde mental que se propõe a acolher o usuário de SPA como sujeito de direitos, contextualizado socialmente e com necessidades singulares - se contrapondo à hegemonia psiquiátrico-farmacológica - podemos entendê-lo como um equipamento com possibilidade de ferramentas desmedicalizantes a partir de uma leitura ampla e multidimensional da problemática que envolve as drogas. Porém, para tal, sua função, existência, efetividade precisam estar em constante avaliação e reinvenção, garantindo suas premissas ético-políticas e, conseqüentemente, sua validade enquanto estratégia de saúde.

3. MÉTODO

3.1. Caracterização e delineamento

A fim de traçarmos uma metodologia que permita o acesso a dados necessários para discutir a relação colocada em nosso objeto de estudo - o uso de substâncias psicoativas na infância e o uso abusivo de drogas na juventude – utilizaremos a pesquisa de natureza **qualitativa**. González-Rey (1999) traz que uma pesquisa é qualitativa quando busca produzir conhecimento em relação ao que é trazido pelo sujeito da pesquisa e de acordo com o contexto em que foi produzido. Ruiz-Olabuénaga (2012) corrobora com a ideia de que uma pesquisa qualitativa busca estudar os fenômenos sociais diante do ambiente onde eles acontecem, capturando informações de modo flexível e não-estruturado, adotando procedimentos mais intuitivos do que indutivos.

De acordo com Denzin e Lincoln (2006, p.17):

“[...] a pesquisa qualitativa é uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, as entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações e os lembretes. Nesse nível, a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem”.

Trata-se de um estudo com delineamento descritivo, uma vez que busca descrever fenômenos e associá-los, produzir conhecimento sobre sujeitos e situações e fornecer informações contextuais (GIL, 2002). É uma pesquisa de corte transversal, uma vez que investigou o fenômeno em um momento específico, tentando compreender a realidade e descrevê-la como se apresenta (CAMPOS, 2004).

3.2. Caracterização do campo de pesquisa

A pesquisa foi realizada num CAPSad de um município de Santa Catarina. Ele funciona desde 2011 em uma sede alugada. O serviço trabalha com demanda espontânea e também em articulação com os diferentes níveis de atenção à saúde (baixa, média e alta complexidade) e com outros serviços e setores da rede municipal e estadual (Assistência social, justiça e educação). Segundo informações dadas pelos técnicos do serviço, o local se destina ao atendimento da população com uso problemático de álcool e drogas

residente em qualquer região próxima ao CAPS, exceto moradores de rua que tem seu atendimento destinado a outro CAPSad da cidade.

Os usuários do serviço se dividem em atividades individuais e coletivas, a partir do projeto terapêutico construído em conjunto com o técnico no momento do acolhimento e depois, se necessário, rediscutido com o técnico de referência da região de moradia do usuário durante os encontros dos grupos de apoio psicológico regionais.

O projeto terapêutico é dividido em 3 etapas, sendo a primeira mais voltada ao acolhimento do usuário, a segunda como intermediária entre o acolhimento e o processo de autonomia, e a última numa perspectiva de reinserção social, geração de renda, com oficinas profissionalizantes e atividades culturais nos diferentes espaços da cidade e um trabalho voltado para prevenção de recaída. Na primeira etapa as atividades oferecidas no serviço são: tai chi, roda de conversa, grupo de apoio psicológico, conhecendo o CAPS, grupo de famílias, oficina verde, grupo motivacional, ateliê de artes/barro iniciante e grupo de mulheres; na segunda etapa são: tai chi, grupo de jogos terapêuticos, grupo de famílias, grupo de apoio psicológico, grupo motivacional, oficina de expressão e grupo reaprendendo a viver; e na terceira etapa: tai chi, ateliê de artes externo (em uma ONG parceira do serviço), grupo de famílias, oficina de customização externa, ateliê de barro/avançado, projeto de vida, prevenção a recaída, trajeto cultural e oficina de dança externa.

A atual equipe é composta por duas coordenadoras (enfermeira e técnica de enfermagem), três psicólogas, dois psiquiatras, duas assistentes sociais, duas técnicas de enfermagem, uma artista plástica e uma recepcionista. Há também um vigilante e uma auxiliar de serviços gerais, ambos terceirizados.

3.3. Participantes

Participaram deste estudo oito usuários do referido CAPSad, que tenham apresentado uso problemático de álcool e outras drogas. Inicialmente houve dez usuários que manifestaram interesse em participar da pesquisa, porém dois deles não atendiam aos critérios (um deles não usou substâncias psicoativas na infância e o outro apresentava alterações de consciência, inviabilizando sua participação) - eles seriam os usuários 9 e 10 do estudo. A amostra inicial deste estudo previa dos participantes, porém foi reduzida a oito, uma vez que não houve mais interessados em participar da pesquisa.

Tratou-se de uma amostra intencional e não-probabilística. A amostra probabilística é consolidada em estudos qualitativos e, como critério para garantir a representatividade da amostra, contempla características variadas que distinguem os participantes (RUIZ-OLABUÉNAGA, 2012). O critério para inclusão nesta amostra foi:

- ter feito uso de substâncias psicoativas na infância;
- ser usuário problemático de drogas na vida adulta;
- estar em tratamento no CAPSad.

Inicialmente havia dois critérios diferentes. O primeiro era o usuário ter feito uso de medicação psicotrópica na infância; e o segundo de ter entre 18-25 anos, caracterizando sujeitos na faixa etária da juventude, segundo os critérios da OMS (2004). Porém, ambos os critérios necessitaram ser revistos durante os procedimentos para a coleta de dados, que serão melhor explicados a seguir. Sendo assim, o primeiro critério foi ampliado, substituindo medicações psicotrópicas prescritas por médico por substâncias psicoativas (no genérico) e o segundo foi excluído, não sendo determinada a faixa etária como critério de inclusão, pois havia poucos usuários que se encaixavam em todos os critérios e a mudança foi necessária para garantir uma amostra significativa.

Outro critério indispensável para inclusão na amostra foi ter aceito a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a resolução CNS 466/12 que estabelece todos os critérios necessários à sua utilização.

Para a realização deste estudo a pesquisadora entrou em contato prévio com o serviço e agendou uma reunião com a coordenação do serviço para apresentação do projeto. Neste momento um dos critérios de inclusão para a amostra precisou ser revisto, pois a coordenadora indicou que o serviço contava com poucos usuários na faixa etária estabelecida (18-25 anos).

Foi realizada uma análise a partir da data de nascimento que constava nos formulários e se confirmou a pouca quantidade de usuários nesta faixa etária. A coordenadora do serviço trouxe como justificativa que, nesta faixa etária ainda há um momento de contemplação pelo uso abusivo de drogas e que a demanda ao serviço chega por ordem judicial, o que prejudica a adesão ao tratamento, pois normalmente se circunscreve em medidas educativas pontuais, como participar de algumas atividades dentro de uma carga horária estabelecida – cumprida a carga horária, os jovens costumam

não retornar ao serviço. Capistrano et. al. (2013) trazem em sua pesquisa que a média de idade dos usuários em tratamento por dependência química fica em 35,2 anos e que abordagens terapêuticas utilizadas por serviços como o CAPSad são mais eficazes em pacientes com idades mais avançadas, que utilizam drogas há muito tempo e que, em decorrência disso, apresentam intenso sofrimento. Amaral et. al. (2014) em seu estudo ratificam a questão da demanda judicial ser mais frequente entre os mais jovens e sua baixa percepção sobre os riscos e vulnerabilidades, o que dificulta a busca de ajuda e proteção mais comumente encontradas nos usuários mais velhos. Sendo assim, optou-se por modificar a determinação da faixa etária como critério de inclusão, permanecendo apenas o critério de ter feito uso de medicação psicotrópica na infância.

No momento seguinte o projeto foi apresentado numa reunião de equipe para que todos os técnicos tomassem conhecimento e pudessem auxiliar na identificação de possíveis participantes. Foi estipulado que os profissionais levariam a proposta aos diferentes grupos do CAPSad e que seria feita uma lista com todos os interessados que atendessem aos critérios fixados. Passada uma semana, foi realizado um novo contato com o serviço que informou que nenhum usuário havia se candidatado como participante, sob a hipótese que não tinham clareza sobre o que eram medicações psicotrópicas e que, os próprios técnicos tiveram dificuldade em explicar. Neste momento foi pactuado que a pesquisadora poderia participar de todos os grupos abertos para divulgar o projeto e explicá-lo aos possíveis interessados. Diante dito, a pesquisadora foi aos diferentes grupos do CAPSad apresentar a pesquisa aos usuários e levantar os possíveis interessados em participar da amostra. Um total de dez usuários se disponibilizaram a participar do estudo, correspondendo a quantidade inicial de sujeitos prevista no projeto. Na realização das primeiras três entrevistas foi possível verificar que na infância foi comum o uso de outras substâncias psicoativas que não ou não somente as medicações psicotrópicas, todas como estratégia de lidar com alguma condição psíquica-social de sofrimento e vulnerabilidade. Sendo assim o outro critério, *do uso de medicação psicotrópica na infância*, foi revisto e ampliado para *uso de substâncias psicoativas na infância*.

3.4. Instrumentos e técnicas para coleta de dados

A coleta ocorreu diretamente com os participantes, os usuários do CAPSad, ou seja, por fontes de dados primários. As entrevistas foram realizadas em uma sala reservada

dentro do próprio CAPSad, mediante agendamento prévio com os usuários. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

A técnica utilizada foi a de entrevista semiestruturada (Anexo III) com roteiro pré-definido, porém sem respostas ou condições definidas pela pesquisadora a não ser o dos critérios da amostra conforme já exposto anteriormente. Minayo (2004) traz que a entrevista o uso de instrumentos abertos possibilita ampliação e aprofundamento das informações, e a expressão do sujeito em toda sua complexidade, com significados que estes atribuem à realidade.

À fim de alcançar os objetivos desta pesquisa, a entrevista semiestruturada buscou informações sobre dados sociodemográficos, questões relativas: ao percurso aos CAPSad e a busca de atendimento; ao uso de substâncias psicoativas na infância; e ao uso abusivo de drogas na vida adulta.

3.5. Procedimentos para a coleta de dados

Minayo (2004) traz que a interação, o conhecimento e o contato prévio com o campo de pesquisa são processos importantes numa pesquisa de campo. Seguindo nesta direção, foi realizado um contato prévio com a coordenadora do CAPSad onde foi realizada a pesquisa para uma primeira apresentação do projeto, bem como uma apresentação posterior à toda equipe técnica, conforme explicitado anteriormente. O convite aos participantes foi feito pela pesquisadora nos diferentes grupos abertos de atividades do serviço e todas as informações e esclarecimentos necessários foram fornecidos. As entrevistas foram realizadas no próprio serviço, agendadas diretamente com os participantes a partir do cronograma de dias e horários que já frequentam o serviço em um espaço físico disponibilizado e adequado à garantia do sigilo das informações.

3.6. Análise dos dados

Para a análise das entrevistas foi utilizada a abordagem proposta por Ruiz-Olabuénaga (2012) de *análise de conteúdo*. Esta abordagem compreende que o texto é uma rede de significados e sentidos que representam um determinado contexto, uma realidade. Não há categorização pré-estabelecida. O material original é lido, compreendido e, posteriormente, analisado através da construção de categorias,

subcategorias e elementos de análise emergentes dos conteúdos explícitos e latentes dos textos. São consideradas todas as questões relativas ao contexto psicossocial, cultural e histórico.

O roteiro de entrevista auxiliou na construção das categorias e subcategorias de análise, bem como as inúmeras audições das gravações e leituras do material transcrito.

3.7. Procedimentos éticos

Este projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (CEPSH-UFSC) sob o número 56740316.2.0000.0121, conforme resolução 466/2012. Compuseram esta pesquisa apenas usuários que aceitaram participar livremente e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE) (Anexo II).

4. RESULTADOS

A apresentação e discussão dos resultados se dará em duas partes. A primeira concerne a caracterização da amostra, a segunda às categorias, subcategorias que se construíram a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas e, subsequentemente, a análise dos elementos e discussão dos resultados propriamente ditos.

4.1. Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra, ou seja, o perfil dos participantes da pesquisa foi obtida a partir de alguns dados solicitados no início da entrevista semiestruturadas. São eles: idade, sexo, estado civil, escolaridade, ocupação e tempo que frequenta o serviço (CAPS AD). Os dados estão sistematizados no quadro abaixo:

4.1.1. Dados sociodemográficos dos participantes

Os usuários tinham média de idade de 44 anos, variando de 37 a 51 anos, sendo a maioria homens (n=5). Dos participantes dois estavam em situação de afastamento do trabalho pelo INSS, um recebia benefício do governo, dois aposentados por invalidez, e dos que exerciam alguma atividade laboral (n=3) nenhum estava em situação formal de emprego. A maioria deles apresentava ensino fundamental incompleto (n=5), um ensino médio incompleto e dois com superior incompleto. Dois eram casados, um com união estável, dois separados e os demais (n=3) solteiros, como se vê na tabela 1.

Quadro 1: Dados sociodemográficos dos usuários

Usuário	1	2	3	4	5	6	7	8
Idade	48	45	51	47	48	37	37	41
Sexo	F	M	M	M	F	M	F	M
Estado civil	Solteira	União estável	Casado	Solteiro	Separada	Solteiro	Separada	Casado
Escolaridade	Ensino Fundam. incompleto	Ensino Médio Incompleto	Ensino Fundam. Completo	Ensino Fundam. Incompleto	Ensino Superior Incompleto	Ensino Fundam. Incompleto	Ensino Fundamental Incompleto	Ensino Superior Incompleto
Ocupação	Vendedora de CDs	Aposentado	Auxiliar de serviços gerais (está em perícia)	Montador de Jaú	Aposentada	Acompanhamento no CAPS e curso de cerâmica (está em perícia)	Diarista/Faxineira	Mecânico (está em perícia)
Tempo que frequenta o Caps ad	3 anos	2 anos	2 anos	8 meses	1 ano	1 ano e 2 meses	1 mês	3 anos (com interrupções)

A predominância de homens no serviço converge com os dados trazidos por Faria e Schneider (2009) que apontam em seu estudo que mais de 88% dos usuários de CAPSad são do sexo masculino também em consonância com outros estudos que nos indicam uma prevalência dos problemas relacionados ao uso substâncias psicoativas entre os homens (SILVA et. al., 2014; GIACOMOZZI, A., 2011; SPORH, LEITÃO E SCHNEIDER, 2006). Faria e Schneider (2009) também chamam a atenção para o preconceito em torno dos usuários de SPA, principalmente com mulheres, o que ajudaria a entender a diferença numérica significativa entre os sexos.

A baixa escolaridade aqui apresentada converge com dados trazidos em outros estudos (CAPISTRANO et. al. 2013; GIACOMOZZI, A., 2011; SPORH, LEITÃO E SCHNEIDER, 2006).

A média de idade entre os usuários deste estudo converge com os resultados trazidos em outras pesquisas (FARIA e SCHNEIDER, 2009; GIACOMOZZI, A., 2011; CAPISTRANO et. al., 2014).

4.2. Apresentação das categorias, subcategorias e elementos de análise

A partir das informações obtidas nas entrevistas semiestruturadas e de uma análise criteriosa do texto, foi possível a construção de cinco categorias e suas respectivas subcategorias e elementos de análise. A discussão de cada categoria será antecedida por um quadro apresentando a referente categoria, suas subcategorias e seus elementos de análise com a sinalização dos participantes que abordaram tal elemento através da letra U (usuário).

Todos os dados aqui apresentados e discutidos emergiram da coleta realizada com os oito participantes da pesquisa, através das entrevistas.

5. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

5.1. Categoria 1: Sobre o usuário

Quadro 2: Categoria 1: Sobre o Usuário

Categoria	Subcategoria	Elementos de análise
1. Sobre o Usuário	1.1. Histórias de vida e vulnerabilidade psicossocial	- rejeição/abandono familiar (U1, U4, U5, U6, U7, U8) - situação de rua (U1, U6, U7, U8) - abuso sexual (U6, U7) - violência doméstica (U6, U7) - tentativa de suicídio (U1, U7) - dificuldade de aprendizagem (U4)
	1.2. Trajetória profissional	- afastamento/perícia INSS (U3, U6, U8) - aposentadoria (U2, U5) - realiza atividades laborais (U1, U4, U7)
	1.3. Condições de saúde do usuário	- faz uso de medicação psicotrópica (U1, U2, U3, U5, U6, U7, U8) - problemas de saúde em geral (U2, U3, U6) - faz uso de outras medicações (U2, U6)

Esta categoria, denominada **sobre o usuário** trata de alguns aspectos gerais da vida do usuário, desde situações na infância até o momento atual. Divide-se em três subcategorias: **histórias de vida e vulnerabilidade psicossocial (1.1)**, **trajetória profissional (1.2)** e **condições de saúde do usuário (1.3)**.

A subcategoria **histórias de vida e vulnerabilidade psicossocial (1.1)** tem como elementos de análise: *rejeição/abandono familiar, situação de rua, abuso sexual, violência doméstica, tentativa de suicídio e dificuldade de aprendizagem*.

Rejeição/abandono familiar foi trazido por seis (U1, U4, U5, U6, U7, U8) dos oito participantes e se refere a situações ocorridas na infância (U1, U6, U7), em diferentes situações de vulnerabilidade; e na vida adulta como consequência do uso abusivo de drogas (U4, U5, U8).

As situações de *rejeição/abandono familiar* ainda durante a infância foram observadas nas falas de três participantes, a partir dos seguintes relatos:

“Eu ia sozinha, eu ia para o médico sozinha, a minha vida eu fiz tudo sozinha (U1).”

“Sim, sob os cuidados da minha avó, porque minha mãe me abortou, aí fui pro colo da minha avó, diz que a história é assim, que eu nunca tomei amamentação, nunca fui amamentado (U6).”

“Porque assim, eu fui criada num orfanato. Eu não tenho pai, não tenho mãe, não tenho irmão, não tenho ninguém. Eu não cheguei a conhecer (U7).”

Diferentes pesquisas trazem a rejeição/abandono familiar como uma situação preocupante no curso de vida do sujeito. Boing e Cripaldi (2004) manifestam preocupação no que tange à saúde mental de crianças abandonadas e/ou institucionalizadas pontuando que as longas rupturas com as pessoas significativas e a institucionalização prolongada agem como importantes fatores de risco para o desenvolvimento normativo da criança. Granados et al. (2009) realizaram uma pesquisa quantitativa com cem familiares e/ou pessoas próximas a usuários de drogas ilícitas para investigar os fatores de risco familiares associados à adição e 99% trouxeram a rejeição familiar, entre outros, como um dos principais. Poletto, Koller e Dell’Aglío (2009) trazem que a rejeição pelos familiares é um dos eventos mais estressores entre crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade que participaram de seu estudo.

A fala do U6 descrita acima refere que ao ser abandonado pela mãe foi cuidado pela avó. Na pesquisa realizada Bernardy e Oliveira (2010) cinco de onze jovens entrevistados haviam sido abandonados pelos pais e a avó assumiu o papel de responsável pelo cuidado ampliado.

A U7 relata ter vivido em orfanato. No caso de crianças em situação de nstitucionalização os índices de sintomas depressivos e a possibilidade de desenvolverem transtornos psiquiátricos são maiores em relação aos de crianças que vivem junto às suas famílias, provavelmente pela maior vulnerabilidade a eventos estressores (WATHIER e DELL’AGLIO, 2007).

As situações de rejeição/abandono familiar recorrente ao uso de droga, trazido por outros três usuários, são observáveis nos próximos relatos:

“(...) tinha parado de beber fazia uns, não bebia exagerado, mas aí fiquei sozinho, na hora que mais precisei minha ex que estávamos a 6 anos juntos, não casado, ao invés de me ajudar, me abandonou (U4).”

“Outra coisa que me machucou muito é que quando meu marido pegou eu com cocaína, que eu deixei cair no banheiro e ele pegou, eu queria que ele tivesse vindo conversar comigo e a gente ter uma conversa. Ele pegou a bucha de cocaína e foi levar para o meu pai e minha mãe, para eles verem. Separamos por isso. Mas eu fiquei chateada com ele, porque eu queria que nós dois conversássemos (U5).”

“Eu só queria dar um tempo, eu não queria parar de usar droga, eu só queria dar um tempo, pra família voltar a me amar, pra namorada voltar, pros amigos me aceitarem de volta (U8).”

Gabatz et al. (2013) trazem, também em sua pesquisa com oito usuários de drogas que as perdas, principalmente as emocionais/afetivas e nelas família e pessoas amadas, são comuns para os sujeitos com uso problemático de drogas.

Situação de rua foi um elemento trazido por quatro usuário (U1, U6, U7, U8), sendo que todos eles relataram ter sido em consequência das dificuldades de relacionamento com familiares e/ou cuidadores e, um deles (U8) também relaciona a experiência de morar na rua como consequência do uso de drogas.

“Eu saí de casa quando tinha meus 15/16 anos e fui morar na rua (U1).”

“Não, fugia. Eu tava sempre fugindo. Ia para rua (U6).”

“Aí um dia eu me desentendi com uma das tutoras do abrigo e saí pra rua. No que eu saí, no caso eu fugi do abrigo, porque eu fui pra rua e fiquei 3 meses (U7).”

“Então a coisa ela foi, foi, foi, cheguei até a morar na rua, porque meus pais me disseram ou tu escolhe a família ou tu escolhe a

droga, aí eu ah vou escolher a droga, porque eu tava insano (U8).”.

A *rejeição/abandono familiar* e a *situação de rua* foram os elementos que mais apareceram nos relatos dos usuários na subcategoria **histórias de vida e vulnerabilidade psicossocial (1.1)** e chama a atenção que quatro usuários têm em comum a vivência de *rejeição/abandono familiar e situação de rua*.

Souza (2016) traz que não é a malignidade da droga que cria a prisão do vício, mas, o abandono afetivo e social e a experiência silenciosa de uma humilhação ubíqua e sem explicação palpável.

Outro elemento de análise que emergiu nesta subcategoria foi *abuso sexual*. Dois usuários relataram ter sofrido alguma situação de abuso sexual, sendo um deles ocorrido quando na situação de rua (U7) e que culminou para uma gravidez indesejada, e o outro por membros da família (U6).

“Ah, eu não sei, eu tive muito trauma na minha infância. Além de ser molestado pelos meus primos, eles eram tudo grande e eu era pequeno. Ah assim, abusado, molestado de vez em quando e de vez em quando psicologicamente, umas piadinhas de família (U6).”.

“E é uma coisa que eu não esperava que fosse acontecer comigo, que eu acho que me derrubou, me deixou pra baixo, foi que depois que eu já tinha sofrido o abuso eu não esperava que eu fosse ficar grávida, e eu engravidei disso (U7).”.

A *violência doméstica* apareceu na fala de dois usuários (U6, U7). Em uma das situações o usuário 6 traz a agressão física cometida pela mãe ainda na sua infância. A violência física é um tipo de violência doméstica, assim como o abuso sexual cometido por parentes/responsáveis ou afins (UNICEF, 2004). O usuário 6 relata ter passado por, pelo menos, duas situações de violência doméstica na infância – moléstia sexual por parte dos primos mais velhos e agressão física por parte da mãe. Na outra situação, da usuária 7, a violência foi cometida pelo cônjuge na idade adulta.

“Por causa que eu sei que quando ela (a mãe) voltou de São Paulo pra cá de volta, foi pra lá com a amiga dela e voltou pra cá de volta, eu já tava grande com 5 anos e ela me pegou pra ela, porque eu era dela, então dali em diante ela me batia muito, na cabeça (U6).”

“Eu vim porque ele (o ex-marido) tentou me matar 3x. A primeira vez ele tentou e eu tava sozinha, depois a segunda vez ele tentou com as crianças, aí na terceira vez que ele quase conseguiu foi quando eu consegui mudar aqui para Florianópolis. Bem dizer eu vim fugida dele né, ele não sabe que eu tô aqui (U7).”

A tentativa de suicídio aparece na fala de duas usuárias (U1, U7) e ocorreram ainda na infância/adolescência.

“Eu não lembro os remédios que eu tomava, porque eu era muito judiada em casa e tomava para me matar (U1).”

“Ah, isso foi quando, quando eu tentei me matar e saí, eu tinha 14 anos quando eu tentei me matar. Quando eu saí do abrigo, que eu fiquei 3 meses na rua, eu tava com 15 pra 16 (U7).”

A dificuldade de aprendizagem é o último elemento de análise e emergiu no relato de apenas um dos participantes (U4).

“Mas, fui só com o tempo assim, com muita dificuldade, aprender a escrever meu nome, aprender a ler que leio mal e porcamente ainda, troco o t pelo d, o c pelo s, que é um troço que tenho até hoje (U4).”

A segunda subcategoria **trajetória profissional (1.2)** os elementos de análise referem-se a: *afastamento/perícia INSS, aposentadoria e realiza atividades laborais*. Dos oito participantes, três estão afastados/perícia INSS (U3, U6, U8); dois relatam estarem aposentados (U2, U5); e três realizam atividades laborais (U1, U4, U7).

As falas que trouxeram *afastamento/perícia INSS* são:

“(...)entrei na perícia né, tô na perícia até hoje (U3).”

“Então eu prefiro continuar com meu tratamento, tomara a Deus que eu continue com meu tratamento, perícias, essas coisas, tudo certinho, com documentação, aquela coisa toda pra chegar lá e provar que eu tô mudando (U6).”

“Estou fazendo muitos exames, esperando uma decisão da justiça para ver se eles vão me aposentar ou se vão me reabilitar (U8).”

Os dois usuários (U2, U5) que trouxeram a situação de *aposentadoria* têm 45 e 48 anos respectivamente, idades inferiores à idade mínima para aposentadoria e, possivelmente, com tempo de contribuição inferior ao mínimo exigido. Portanto, ainda que sem nenhuma evidência, poderíamos supor que esta condição se deu de forma precoce e, possivelmente, associada à questão do uso abusivo de drogas. Porém, isso só poderia ser afirmado mediante relato dos usuários que confirmasse tais suposições.

“Sou aposentado (U2).”

“Sou aposentada pelo estado. Eu era agente administrativa na câmara dos vereadores (U5).”

Três participantes (U1, U4, U7) relatam estar em atividade laboral, todos em situação informal de trabalho.

“Eu vendo Cds (U1).”

“Sou montador de Jaú, é onde fixa as gaiolas para os pedreiros ficar por fora do prédio e coloca as pastilhas (U4).”

“ Ah eu faço de tudo um pouco, trabalho de doméstica, de faxineira, quando tem um bico assim em casa de família (U7).”

Capistrano et al. (2013) trazem uma predominância do trabalho informal entre os usuários de substâncias que realizam alguma atividade laboral que está ligada à baixa qualificação profissional oriunda da baixa escolaridade.

A terceira e última subcategoria deste quadro é **condições de saúde do usuário (1.3)** e seus elementos de análise são: *faz uso de medicação psicotrópica, problemas de saúde relacionados ao uso abusivo de substâncias, problemas de saúde em geral e faz uso de outras medicações.*

Dos oito entrevistados sete relatam que fazem uso de medicação psicotrópica e, o U4 não menciona nada na sua fala referente a este elemento, não sendo possível afirmar se usa ou não. Uma vez que todos os sujeitos dessa pesquisa fizeram uso de substância psicoativa na infância, são usuários abusivos de drogas e sete deles fazem uso atual de medicação psicotrópica, nos parece de suma importância expor tal relação, a partir de todo o referencial teórico sustentado neste estudo que traz a preocupação com vidas medicalizadas e com o uso abusivo de substâncias.

Dantas (2009) chama a atenção para o uso indiscriminado de psicofármacos na contemporaneidade e para a medicalização enquanto um conjunto de práticas que acabam consolidando o medicamento como uma resolução rápida para todos os problemas da vida. A autora refere que em seu estudo com 50 pessoas que faziam uso dos serviços de psicologia aplicada de diferentes universidades do Rio de Janeiro, 48 fazem uso de medicamento e apenas 2 buscavam outras alternativas nos tratamentos naturais; das 48 que sinalizaram usar medicação, 40 se referiam ao uso de psicotrópicos.

Vale ressaltar que todos os participantes deste estudo são usuários do CAPSad e, como já trazido anteriormente no referencial teórico, trata-se de um serviço espinhal da reforma psiquiátrica que visa uma atenção aos usuários de drogas diferente - a partir da RD (entre outras estratégias) - daquela oferecida pela psiquiatria clássica que tinha, como um dos seus fortes dispositivos, a patologização e a farmacologia (Faria e Schneider, 2009; Sporth, Leitão e Schneider, 2006). Portanto, este dado é de extrema relevância e nos coloca em preocupação quanto a ameaça de uma intervenção majoritariamente psiquiátrica/médica. Forteski e Faria (2013) trazem como preocupação que a existência de uma regulamentação legal não garante a efetividade do serviço e da lógica de saúde vigente no que tange a política de RD. Sendo assim, seria de suma importância investigar a percepção da equipe técnica do serviço, principalmente dos médicos psiquiatras, sobre as estratégias de RD planejadas e efetivadas, bem como sobre o uso de medicação psicotrópica no tratamento dos usuários, dado que tratam-se de sujeitos com problemas relacionados ao uso de substâncias.

Os relatos que confirmam o uso atual de medicações psicotrópicas seguem:

“Eu não tomo remédio nenhum, tô tomando agora por causa desse tratamento (no CAPS AD) que eu tô fazendo. (U1)”

“Muita ansiedade, com a medicação do CAPS agora que eu acalmei um pouco mais. (U2)”

“(...) então a medicação que eu ando tomando ultimamente é essa aqui do CAPS. (U3)”

“Aí comecei a tomar os psicotrópicos que eu tomo hoje, né?! Faz mais de 30 anos que eu tomo esses psicotrópicos (U5)”

“E a medicação, aos poucos, ela tá me melhorando (U6)”

“E também por causa dos remédios que eu tomo, né?! Que nem tipo, para dormir, se eu não tomar remédio eu não durmo a noite toda. Eu fico a noite toda caminhando e tal. Aí eu tomo remédio controlado. (U7)”

“Hoje eu dia eu me trato no CAPS (...) tomo remédio para bipolaridade, que é o carbolitium, tomo sertralina, que é para depressão (U8)”

O elemento *problemas de saúde em geral* emergiu na fala de dois participantes (U2, U6) e são os mesmos que trazem outro elemento de análise que é *uso de outras medicações* que, neste caso, estão como elementos diretamente associados – as outras medicações utilizadas, para além dos psicotrópicos, estão relacionadas aos problemas de saúde em geral. Os relatos seguem:

“Sou muito diabético, há muitos anos (U2).”

“(...) só que eu tô tomando outros tipos de medicação, uma medicação pra HIV (U6).”

“É, daí eu estou com metiflormina, 3 comprimidos para não precisar usar insulina (U2).”

Um participante (U3) relatou apresentar recentemente problemas de saúde em geral, porém em uso apenas de medicação psicotrópica.

“Agora vim tomando depois que comecei a frequentar o CAPS. Que eu tive no hospital universitário internado, operei úlcera, operei estômago, entrei na perícia né, tô na perícia até hoje, então a medicação que eu ando tomando ultimamente é essa aqui do CAPS (U3).”.

5.2. Categoria 2: Percurso ao CAPSad

Quadro 3: Categoria 2: Percurso ao CAPSad

Categoria	Subcategoria	Elemento de análise
2. Percurso ao CAPSad	2.1. Motivo da procura pelo serviço	- pelo uso de abusivo de drogas (U1, U2, U3, U5, U8) - por múltiplos problemas (U4, U6)
	2.2. Como chegou ao CAPSad	- por vontade própria (U4, U6) - por indicação médica (U5)
	2.3. Histórico de tratamento anterior	- internação pelo uso abusivo de substâncias (U4, U5, U8)

Esta segunda categoria, **percurso ao CAPSad**, busca relatar a trajetória feita pelos usuários até chegar ao CAPSad, tentando entender os motivos que os levaram a buscar o serviço, como nele chegaram e a experiência de tratamentos anteriores. Para desenhar este percurso foram construídas três subcategorias a partir dos relatos: **motivo da procura pelo serviço, como chegou ao CAPSad e histórico de tratamento anterior**.

A subcategoria **motivo da procura pelo serviço (2.1)** traz dois elementos de análise: *pelo uso abusivo de drogas e por múltiplos fatores*.

As falas abaixo, de cinco participantes (U1, U2, U3, U5, U8) representam que o motivo da procura pelo serviço se deu *pelo uso abusivo de drogas*. Dois deles (U1, U2) referem ainda uma certa falta de controle sobre o abuso. Gabatz et al. (2013) trazem que foi comum entre os oito participantes de sua pesquisa relatos sobre a dificuldade de conter o uso de drogas, como se a droga exercesse um certo domínio sobre os usuários.

“Eu vim buscar porque tava caída nas drogas, tava demais, cheirava todos os dias, já tinha perdido 30kg, eu não tava aguentando mais essa vida (U1).”

“Porque eu não conseguia controlar o álcool (U2).”

“A droga e o álcool (U3).”

“Porque eu sou usuária de cocaína. (U5).”

“O uso de várias substâncias, já usei de tudo, principalmente crack (U8).”

Os outros três participantes (U4, U6, U7) para além do uso abusivo de drogas – que é um elemento comum a todos os participantes, pois é um critério de inclusão para a amostra – trouxeram que o motivo pela busca do serviço se deu *por múltiplos fatores*. A depressão apareceu como um fator comum aos três usuários e, destes, dois (U6, U8), localizaram que a depressão vem desde a infância. Esses mesmos dois usuários têm em comum outros elementos vivenciados durante a infância que já foram analisados anteriormente, mas vale os relembrar: rejeição/abandono familiar, abuso sexual e situação de rua; também sofreram violência doméstica, porém em diferentes fases da vida – todas situações de grande potencial estressor e, segundo o estudo de Wathier e Dell’Aglia (2007), fatores estressores na infância estão diretamente relacionados a altos índices de sintomas depressivos. Araújo (2002) corrobora dizendo que os achados de sua pesquisa indicam uma relação entre falta de apoio emocional e rejeição da mãe na infância e adolescência com perturbações depressivas.

“Várias coisas. Perdi um amigo num acidente de trabalho que a psicóloga sabe, entrei em depressão, tinha parado de beber fazia uns, não bebia exagerado, mas aí fiquei sozinho, na hora que mais precisei minha ex que estávamos a 6 anos juntos, não casado, ao invés de me ajudar, me abandonou. (U4).”

“Melhoria da mente e do físico para que eu voltar a trabalhar e me reabilitar à vida social. (...). Um deles era meu problema de depressão que eu vinha de infância e outro problema era o uso abusivo de drogas (U6).”

“Por que desde criança eu tenho problema de depressão. (...). E como eu sei que eu ainda tenho uma chance de mostrar para o juiz que eu posso sim voltar a ter minhas crianças, eu vim me tratar aqui. (...). Comecei a usar agora, depois de véia. Antes eu não usava, eu comecei sei lá, acho que pelo desespero, por ser sozinha, não ter família, eu comecei a usar droga (U7).”

Saide (2011) traz que transtornos de humor, incluindo a depressão, podem motivar ao uso de álcool e drogas como estratégia para aliviar o mal-estar, mas discorda que o uso problemático de drogas esteja sempre relacionado à depressão, visão que converge com os nossos achados nesta pesquisa.

Os elementos de análise que compõem a segunda subcategoria, **como chegou ao CAPSad (2.2)**, são: *por vontade própria* e *por indicação médica*. Três usuários (U4, U5, U6) trouxeram relatos onde emergiram esses elementos, sendo dois deles (U4, U6) *por vontade própria* e um *por indicação médica* (U5), sendo que este último, uma usuária, usa a palavra *impôs* para se referir à indicação do médico, ainda que venha sozinha ao serviço. Estes elementos não emergiram, assim como nenhum outro referente a esta categoria na fala dos demais participantes da pesquisa.

Por vontade própria:

“Mas não vim aqui, como é que vou te explicar, mandado pela família, vim pela minha própria vontade. Que eu tava me sentindo ruim, entendesse (U4).”

“Quando eu saí da cidade do RS e cheguei em dezembro de 2014 aqui, eu disse pra mim mesmo tá na hora de estudar, primeira coisa que eu tenho que fazer é procurar uma clínica urgente, pra me internar. Só que, quando eu cheguei aqui, eles falaram que não precisava se internar, mas tinha que fazer o tratamento mais com auto-ajuda minha mesmo, de eu querer (U6).”

Por indicação médica:

“Eu não lembro se faz um ano que eu estou aqui, porque faz um ano que o médico que está me acompanhando impôs aqui o CAPS, não sei se faz um ano que eu tô (U5).”

A última subcategoria deste quadro, **histórico de tratamento anterior (2.3)**, nos traz sobre o tipo de atenção recebida pelo usuário de drogas em outras instituições/serviços. Três usuários (U4, U5, U8) fizeram referência a tratamentos anteriores para o uso de drogas, sendo todos eles de internação.

O usuário 4 se refere a mais de uma experiência de internação, por períodos de 4 a 6 meses e com uso de medicação psicotrópica.

“ Mas, daqui eu fui lá pro, aquele canto ali, perto do Rio Vermelho. Lá eu fiquei 6 meses, que é minha recuperação, eu tava estressado e tal e de lá passei mais 4 meses no Rancho Queimado, do Padre Pi, mas acho que eles fecharam lá, que era uma comunidade terapêutica. Então tomava os medicamentos e tal (U4).”

Um usuário referiu ter sido internado três vezes, variando de 7 dias a 9 meses cada período, ambas tentativas sem sucesso e que não teria tratado o que avalia ter causado seu problema com o abuso de drogas, os defeitos de caráter.

“Eu já tive uma internação em 2004 de 30 dias, daí saí de lá já recaído em atitude, achando que eu poderia usar maconha e não tinha problema nenhum, foi só questão de tempo pra recair de novo. Eu tive uma internação depois de 7 dias onde eu não aguentei e depois fugi da fazenda. Porque a clínica não deu certo, eu disse bom então eu vou pra outro lugar, seria então uma fazenda terapêutica (...). Daí eu fiquei 9 meses, eu disse, não, eu vou fazer um programa de 9 meses. Só que eu fiz o programa de 9 meses e não tratei meus defeitos de caráter (U8).”

Pires e Schneider (2013) trazem que entre os participantes de seu estudo há uma queixa frequente sobre a recorrência de internações sem mudanças significativas e, em muitos casos, um registro de fracasso da recuperação.

A usuária 5 relatou ter saído da internação apenas uma semana antes de realizar sua entrevista, por período de 2 meses e refere que o local de internação, uma fazenda terapêutica, foi indicada pelo CAPSad. Esta referência de que o local de internação teria sido indicado pelo CAPSad traz uma certa preocupação pois, por um lado, revela uma discrepância entre o serviço e a atual política de atenção à saúde de usuários de drogas pautada na RD e que, como já dito anteriormente, visa, entre outras estratégias, visa um cuidado inserido no território do sujeito a fim de possibilitar a participação do usuário e manutenção dos vínculos no contexto social no qual está inserido; por outro também revela uma desarticulação do CAPSad com outros serviços da rede de atenção, como o hospital geral, caso realmente a internação fosse indispensável. Nos casos que exigem internação, fazê-la em leito de hospital geral é consoante com ações de cuidado em rede e no território e está ao encontro da proposta da reforma psiquiátrica (Brasil, 2011).

“Mas, só que desta vez, eu fiquei internada, que eu me internei, faz uma semana que eu saí da internação, eu usei três gramas numa semana. Aí comecei a ouvir vozes. É, tive internada. Então eu comecei a escutar vozes. Ai eu fui no médico e ele disse: vamos te internar! É uma fazenda terapêutica lá. Fiquei dois meses. Acabei de sair, faz uma semana que eu saí. Foi o CAPS que me deu o telefone da Fazenda (U5).”.

Entre os três usuários que relataram ter passado por internações devido o abuso de substância, dois sinalizaram que isso ocorreu mais de uma vez (U4, U8) e todos os três referem-se ter passado por comunidades terapêuticas.

Internações recorrentes convergem com os dados de outros estudos (Borges, 2016; Pires e Schneider, 2013).

Lancetti (2015) sinaliza o processo de expansão das comunidades terapêuticas em paralelo a criação dos CAPSad e que muitas vezes elas cobrem a ausência de uma ampla rede de atenção à saúde dos usuários, como um CAPSad 24 horas. O município onde esta pesquisa foi realizada não com nenhum CAPSad 24 horas e ainda está em vias de inaugurar seu CAPS III.

As subcategorias **como chegou ao CAPSad (2.2)** e **histórico de tratamento anterior (2.3)** não estavam previstas na entrevista semiestruturada e surgiram

espontaneamente nos relatos de alguns participantes; porém não em todos, o que limita uma análise mais abrangente e precisa sobre alguns aspectos nelas discutidos, como por exemplo, o trabalho em rede entre os diferentes serviços e setores de atenção aos usuários de drogas, tão fundamental e necessário à manutenção da lógica da reforma psiquiátrica e da RD. Dos três relatos de onde emergiu a última subcategoria, **histórico de tratamento anterior (2.3)**, percebemos a presença de uma lógica psiquiátrica-hospitalocêntrica-medicalizante.

5.3. Categoria 3: Relação com o CAPSad

Quadro 4: Categoria 3: Relação com o CAPSad

Categoria	Subcategorias	Elemento de análise
3. Relação com o CAPSad	3.1. Percepções enquanto usuário do serviço	- como se sente frequentando o serviço (U1, U4, U5, U6, U8) - confiança na equipe (U1, U5) - construção de vínculos (U1, U6)
	3.2. Mudanças a partir do acompanhamento no serviço	- mudança no padrão do uso de drogas (U3, U6, U8)

Esta terceira categoria elucida aspectos da relação do usuário com o CAPSad, refletindo desde o modo como se sente até as mudanças a partir da chegada ao serviço. As subcategorias que a compõe são: **percepções enquanto usuário do serviço (3.1)** e **mudanças a partir do acompanhamento no serviço (3.2)**.

A subcategoria **percepções enquanto usuário do serviço (3.1)** traz como elementos de análise: *como se sente frequentando o serviço, confiança na equipe e construção de vínculos*.

No que tange a *como se sente frequentando o serviço* cinco usuários (U1, U4, U5, U6, U8) trouxeram suas percepções e todas elas positivas, sinalizando que gostam e/ou sentem-se bem em frequentar o serviço. Um dos participantes (U8) menciona se sentir confortável com a proposta de RD e que isso o permite vir ao serviço mesmo se tiver feito

uso de substâncias. Em contrapartida, numa lógica psiquiátrica que trabalha na perspectiva da internação e da abstinência a busca pelo cuidado era adiada à fim de evitar uma situação de isolamento (Marques e Mângia, 2013).

“Eu gosto de vim (...) (U1).”

“(...) aí venho aqui pro CAPS, me sinto bem quando venho aqui (U4).”

“Me incomoda, me incomoda (muita gente reunida). Aqui no CAPS não, porque é uma conversa (U5).”

“(...) a única coisa que eu fiz foi sair aqui e pedir para o CAPS me ajudar e me ajudam (U6).”

“Porque eu venho pra um lugar onde aqui é um lugar que me dizem que aqui é redução de danos e sim não parar de usar droga, então eu venha pra cá, consumo e ninguém vai me cobrar nada, chego aqui de boa (U8).”

No que tange à *confiança na equipe* duas usuárias (U1, U5) sinalizaram que sentem confiança e, uma delas (U5) diz ter contado para a psicóloga do CAPS sobre o porquê de ter iniciado o uso de cocaína – motivo esse que não quis contar no momento da entrevista.

“É eu já falei, já falei, porque eu não escondo nada deles. (...). É, eu penso assim, se eu fazer errado eu tenho que falar pra eles, pra eles me ajudar, não adianta (U1).”

“É uma coisa que eu não queria te responder (sobre o porquê de ter iniciado o uso de cocaína). Conteí para a minha psicóloga aqui do CAPS, ela sabe. (U5).”

Sentir-se bem acolhido é um dado que converge com o estudo de Borges (2016), onde também cinco usuários de CAPSad entrevistados trouxeram essa mesma percepção. Marques e Mângia (2013) trazem que o CAPSad deve mesmo oferecer esta sensação de acolhimento entre os usuários, uma vez que é um espaço de cuidado para atender as demandas dos usuários em seu contexto, oportunizando diferentes trocas.

Dois dos cinco usuários que se disseram bem acolhidos pelo serviço relataram também sobre a *construção de vínculos*, envolvendo os outros usuários do serviço.

“É, aqui a gente tem amigo (...) São minha família. (U1)”

“ (...) meus colegas (do CAPS AD) juntos e expor nossas peças para vender (U6)”

O CAPSad como um espaço capaz de produzir vínculos e trocas de afeto também é um dado trazido em outros estudos (Borges, 2016; Marques e Mângia, 2013).

A segunda subcategoria deste quadro, **mudanças a partir do acompanhamento no serviço (3.2)**, traz um elemento de análise: *mudança no padrão do uso de drogas* e possibilita analisar como foi esta mudança.

Três usuários (U3, U6, U8) trouxeram ter modificado o seu padrão de consumo da droga após terem iniciado o acompanhamento no CAPSad. O usuário 3 diz estar abstêmico quanto ao uso de cocaína e com uso esporádico de álcool aos finais de semana. O usuário 6 refere ter chegado ao serviço com uso diário de crack e, atualmente, fazendo uso mensal da droga. O usuário 8 refere estar abstêmico de qualquer droga de abuso.

“Agora tô parado com a cocaína, volta e meia tomo uma cervejinha de final de semana. Mas, tô me recuperando muito bem aqui no CAPS. (U3).”

“Então eu cheguei aqui em agosto do ano passado e consegui reduzir do uso todos os dias para uso mensal. Eu sou usuário de crack, mas hoje consegui reduzir para uma vez por mês.

Antigamente eu usava todos os dias. (U6).”

“Hoje eu vivo, vejo mais assim hoje, eu acordo de manhã todo o dia, todo dia que eu acordo eu conto os dias, eu tô 5 meses e 9 dias, eu tô 5 meses e 10 dias, porque hoje pra mim é muito importante um dia limpo. (U8).”

Os três relatos apontam uma redução no padrão de consumo de drogas após terem iniciado acompanhamento no CAPSad. Soldelli (2010) traz que os modelos de prevenção e tratamento baseados no proibicionismo e na ênfase de guerra as drogas não oferecem efetividade, sendo a RD uma boa estratégia de prevenção e tratamentos do uso

problemático de drogas. Neste sentido, tanto o relato do usuário 3, como o do usuário 6 apontam nesta direção e estão em consonância com a proposta de RD que embasa o modelo de atenção à saúde ofertado pelos CAPSad.

5.4. Categoria 4: Uso de Substâncias Psicoativas na Infância

Quadro 5: Categoria 4: Uso de Substâncias Psicoativas na infância

Categoria	Subcategoria	Elemento de análise
4. Uso de substâncias psicoativas na infância	4.1. Medicações	- medicações psicotrópicas (U5, U6, U7, U8) - outras medicações (U2, U3, U4, U6)
	4.2. Outras substâncias psicoativas	- ervas/chás (U1, U6) - álcool (U4)
	4.3. Quem prescreveu/indicou	- médicos (U1, U2, U4, U5, U6, U7, U8) - amigos (U2) - familiares (U4, U6)
	4.4. Motivo da prescrição/uso	- problemas psiquiátricos/psicológicos (U1, U7) - agitação (U2, U3, U6, U7) - medo (U5) - impaciência (U5, U8) - cultura familiar (U4, U6)

Esta categoria buscar entender o histórico do uso de substâncias psicoativas durante a infância dos usuários, partindo dos diferentes tipos, como se deu a prescrição/indicação e o motivo. Compreende quatro subcategorias: **medicações (4.1)**, **outras substâncias psicoativas (4.2)**, **quem prescreveu/indicou (4.3)** e **motivo da prescrição/uso (4.4)**.

A primeira subcategoria, **medicações (4.1)**, busca saber os usuários que utilizaram como substância psicoativa na sua infância as medicações e compreende dois elementos de análise: *medicações psicotrópicas* e *outras medicações*.

Quatro participantes (U5, U6, U7, U8) trazem que a substância psicoativa utilizada durante a infância foi a *medicação psicotrópica*. Destes três usuários (U5, U7, U8) conseguem dizer os nomes das medicações psicotrópicas: *Gardenal* (U5); *Diazepan* e *Ritalina* (U7); *Gardenal*, *Valium 10* e *Tegretol* (U8). Os usuários 5 e 8 tem em comum o uso do *Gardenal*. Os usuários 7 e 8 tem em comum o uso de *Diazepan* (*Valium 10*). A usuária 7 e o usuário 8 relatam ter feito uso de mais de uma medicação psicotrópica na infância. A usuária 7 relata ter passado muito mal com o uso de *Ritalina*. O usuário 6 refere ter utilizado medicação para deixá-lo mais tranquilo, mas não lembra o nome.

O *Gardenal* tem como princípio ativo o fenobarbital que pertence à classe dos barbitúricos, que são depressores do sistema nervoso central e atuam como antiepiléticos, sedativos, hipnóticos e anestésicos. O *Tegretol* tem como princípio ativo a carbamazepina, também usado como antiepilético com grande efeito sedativo, muito usado em transtorno de humor. O *Valium 10* é um dos nomes comerciais do *Diazepam*, ansiolítico da classe dos benzodiazepínicos, usado para controle da ansiedade. A *Ritalina* tem como substância ativa o metilfenidato, da classe das anfetaminas, usada para transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (fonte: internet).

“Usei. Usei o Gardenal. (U5).”

“É, uma vez, que eu me lembre quando eu tinha uns 6/7 anos, comecei a fazer assim exames mais clínicos, o médico receitou uma medicação pra minha cabeça, mas não me lembro qual. (...) o médico receitou um remédio assim mais tranquilo, pra eu manter a serenidade, porque eu tava muito fora da realidade. Falava sozinho, dormia mal, tinha insônia, ficava acordado a noite toda, coisas de traumas da infância (U6).”

“Sim, Diazepan. Aí depois tiraram o Diazepan e passaram pra Ritalina. Aí foi onde eu comecei a passar mal. (U7).”

“Sim, eu fiz uso de Gardenal, Valium 10, Tegretol (U8).”

Sanches e Amarante (2014) trazem que atualmente é crescente o número de crianças que consomem psicofármacos. Fazendo da criança com diversidade humana uma criança com doença e necessidade de medicação; questões inerentes ao desenvolvimento de uma criança e do seu contexto de vida são reduzidas a um problema de transtorno

mental e, assim, medicadas. Em sua pesquisa os autores trazem que, entre os prontuários analisados de crianças com dificuldades de aprendizagens e outros comportamentos tido como desviantes, o processo de medicalização foi identificado em toda sua trajetória, desde elencar um comportamento como problemático até sua transformação em questão médica.

Em *outras medicações*, quatro participantes (U2, U3, U4, U6) referem ter feito uso durante a infância. Dois usuários (U2, U6) referem ter usado medicação para asma e bronquite; um usuário (U3) refere ter feito uso de medicação, mas não lembra qual; e um usuário (U4) refere ter feito uso de hormônio. O usuário 2 refere ter usado mais de uma medicação, *Nerviton* para agitação; e *Fenergan* para bronquite. O *Fenergan* tem como princípio ativo a prometazina, um anti-histamínico utilizado em reações alérgicas e também conhecido por sua ação sedativa/calmante (fonte: internet). O *Nerviton* é um complexo polivitamínico e polimineral usado para evitar o cansaço, a fadiga e para auxiliar a atividade mental (fonte: internet).

“Eu usei algumas medicações. Para bronquite, era o Fenergan. E para um estado de agitação era o Nerviton (U2).”

“Medicação eu tomei, só não lembro quais foram (U3).”

“Quando eu era criança o que eu me lembro que eu tomava era um medicamento que eu tinha que, como é que eu vou te explicar...era um hormônio, que eu nasci com uma hérnia que estoura pro saco escrotal, pros testículos, e tomei muitos anos (...). (U4).”

“Mas minha mãe, assim quando ela voltou, teve um tempo que ela ficou afastada e quando eu tinha 5 anos ela voltou, e me levou no hospital porque eu tinha problema de bronquite desde a infância, problema de falta de ar, tinha asma. Dali por diante eu só me lembro que minha mãe me levou uma vez no hospital, medicou e me fez usar uma bombinha para asma, até hoje eu uso. (U6).”

Na segunda subcategoria, **uso de outras substâncias psicoativas (4.2)**, é possível analisar dois elementos: *ervas/chás* e *álcool*.

Ervas/chás são substâncias psicoativas naturais e estão presente no relato de dois usuários (U1, U6).

“Me deu foi calmante. Remédio para tomar caseiro. Era umas ervas aí que eu tomava. (U1).”

“Fiz, mas foi outro tipo de medicação, pois minha vó ela era meio índia, trabalhava com religião afro e fazia questão de eu tomar as ervas que ela fazia. (U6).”

O álcool é uma droga lícita e seu uso na infância esteve presente na fala de um participante da pesquisa (U4).

“E álcool, como vou te explicar querida, desde a minha infância, meu pai tinha alambique, meus avôs tinham plantação de uva, fazia vinho, cachaça artesanal. (U4).”

A terceira subcategoria, **quem prescreveu/indicou (4.3)**, nos ajuda a mapear sobre como foi o acesso do participante à substância psicoativa. Dentre os seus elementos de análise estão: *médico, amigos e familiares*.

Seis participantes (U1, U2, U5, U6, U7, U8) disseram que a substância psicoativa foi prescrita por médicos e, dentre as especialidades estão pediatras e neurologista.

Todos os usuários que, anteriormente, declararam ter feito uso de medicações psicotrópicas na infância o fizeram por indicação/prescrição médica (U5, U6, U7, U8). Uma participante que relatou ter feito uso de ervas/chás na infância (U1) diz tê-lo feita por indicação médica.

“Era pediatra. (U1).”

“E o Fenegan foi um médico mesmo, para aliviar os sintomas da asma e bronquite. (U2)”

“Pediatra. (U5).”

“(...) o médico receitou uma medicação pra minha cabeça, mas não me lembro qual (U6).”

“Esses médicos de posto (U7).”

“Era neurologista, porque eu me lembro de fazer vários exames daqueles de colocar uns troços na cabeça. (U8).”

A indicação feita por *amigos* surgiu na fala de um dos participantes (U2) que utilizava duas substâncias psicoativas simultaneamente: o *Fenergan*, prescrito por médico, para tratar a asma; e o *Nerviton*, suplemento vitamínico indicado por um amigo da família para ajudar na agitação.

“Quem prescreveu foi um amigo da minha vó. (U2)”

A indicação feita por familiares surgiu na fala de um dos participantes (U6) e refere-se ao uso de ervas, ligado à cultura familiar. Este participante fez uso na infância de múltiplas substâncias psicoativas que emergiram dos relatos desta pesquisa e compreendem diferentes subcategorias e elementos de análise: medicações psicotrópicas, outras medicações e ervas/chás.

“Fiz, mas foi outro tipo de medicação, pois minha vó ela era meio índia, trabalhava com religião afro e fazia questão de eu tomar as ervas que ela fazia. (U6)”

A quarta e última subcategoria deste quadro se refere ao **motivo da prescrição/uso (4.4)** e nos ajuda a pensar, pelas diferentes vias de acesso, o porquê do uso de substâncias psicotrópicas na infância. Cinco elementos de análise estão presentes nesta subcategoria: *problemas psiquiátricos/psicológicos* (U1, U7), *agitação* (U2, U3, U6, U7), *medo* (U5), *impaciência* (U5, U8) e *cultura familiar* (U4, U6).

Duas usuárias (U1, U7) relataram que o motivo do uso da substância psicoativa na infância se deu por *problemas psicológicos/psiquiátricos*, sob argumentos muito parecidos: *duas pessoas numa só/duas personalidades*.

“Para tirar as loucuras da minha cabeça. (...) Eles (médicos) diziam que eu era doida. (...). Porque eu era duas pessoas numa só. (U1)”

“Aí lá no abrigo eles disseram que eu tava transtornada, que eu era bipolar, que eu tinha um monte de problema, aí me encaminharam pra um posto médico e nesse posto eles

começaram a me dar a Ritalina. (...). É, eles (os médicos) diziam lá que eu tinha duas personalidades, que eu era muito agitada. (U7).”.

Quatro usuários (U2, U3, U6, U7) relataram ter feito uso de substância psicoativa na infância devido à *agitação*.

“Eles indicavam para um estado de agitação, muita ansiedade. (U2).”.

“Eu era muito agitado né, eu era muito agitado, porque tinha época que eu botava sangue pelo nariz, eu tava na escola. De cabeça baixa botava sangue pelo nariz, daí eu ficava agitado. (U3).”.

“Ah eu era bem adrenalina assim, bem espoleta, sei lá, não me sentia calmo entendeu?! Não me sentia tranquilo. (U6).”.

“Eles davam medicação pra mim porque eu era muito agitada. Eu era muito agitada assim, eu não parava quieta nos lugares, eu tinha que estar sempre em movimento, sempre fazendo alguma coisa entendesse, hiperatividade eu acho, uma coisa parecida que eles chamam. (U7).”.

Uma participante (U5) refere ter feito uso de medicação psicotrópica na infância devido ao *medo* que sentia, expresso sob medo de ser abandonada/deixada pela mãe. Essa angústia de separação pode ser entendida a partir de uma relação de apego inseguro entre a mãe e a usuária, a partir da Teoria do Apego proposta por Bowlby (1989), onde o autor considerou o apego como um mecanismo básico dos seres humanos com a função de perceber que uma figura de apego está disponível e oferece respostas, proporcionando um sentimento de segurança. O relacionamento da criança com os pais se dá por um conjunto de sinais inatos do bebê, que demandam proximidade. Com o passar do tempo, um verdadeiro vínculo afetivo se desenvolve, garantido pelas capacidades cognitivas e emocionais da criança, assim como pela consistência dos procedimentos de cuidado, pela sensibilidade e responsividade dos cuidadores. Um dos pressupostos básicos desta teoria é de que as primeiras relações de apego, vivenciadas na infância, afetam o estilo de apego do indivíduo ao longo de sua vida.

“Agonia. Medo, agonia, medo. A sensação que eu tinha não passava, eu tenho a sensação agora, no presente. (...) Medo da minha mãe me deixar. Eu era agarrada muito com a minha mãe, então tinha medo da minha mãe me deixar. (U5)”

Outro elemento de análise é a *falta de paciência* como motivo pelo uso de substância psicoativa na infância e esteve presente na fala de dois usuários (U5, U8), que trazem alguma semelhança na forma de perceber sua dificuldade como sendo uma impossibilidade da espera, por uma necessidade de um alívio instantâneo da ansiedade e uma busca pela satisfação da sua vontade. Esses dois usuários estão entre os que fizeram uso de medicação psicotrópica na infância.

“Eu não tinha paciência para nada, não tenho paciência para as coisas. (...). Eu lembro que a minha mãe, vamos supor, a minha mãe, tinha naquela época, as crianças marchavam, a gente marchava, hoje não tem mais. Eu lembro que se eu não ganhasse a fantasia eu me desesperava. Eu tinha que ter aquilo ali, se eu não ganhasse aquilo ali eu ficava muito triste, eu tinha que ter aquilo ali, eu era muito ansiosa. Será que eu vou ganhar? Será que eu vou ganhar? (U5).”

“Ah, nervoso é o seguinte, se não desse certo como eu queria ali eu já ahhhh, minha mãe diz que eu chegava a ficar roxo. E conforme eu fui crescendo, bah daquelas crianças que, bem, hoje eu vejo esses tipos de crianças e chega a me dar náuseas, eu era bem assim, se não fosse como eu queria eu pegava a vassoura e quebrava, quebrava os trincos das portas, eu tinha que quebrar alguma coisa. (U8).”

No último relato, descrito acima, o participante traz que, associado à falta de paciência pela espera está uma necessidade de evasão dessa frustração pela via da agressividade. Pietro e Jaeger (2008) trazem que quando a autoestima está ferida, a agressividade é manifestada, a tolerância é curta diante da frustração; assim, a pessoa exprime uma reação, por não ter o resultado que se esperava.

O último elemento de análise desta subcategoria é a *cultura familiar* como motivo pelo uso de substância psicoativa na infância. Um dos usuários (U4) relata o uso de álcool desde a infância num cenário familiar onde a bebida fazia parte do contexto e era naturalizada, além do pai ser alcóolatra. Diversos estudos convergem que, dentre os fatores de risco familiares para o uso de drogas, o uso de substância por algum membro da família pode exercer importante influência sobre outro (Araújo, 2002; Bernardy e Oliveira, 2010; Broecker e Jou, 2007). O outro participante (U6) diz que o uso de ervas na infância se deu sob influência das crenças culturais e religiosas da avó.

“E álcool, como vou te explicar querida, desde a minha infância, meu pai tinha alambique, meus avôs tinham plantação de uva, fazia vinho, cachaça artesanal. Meu pai era um alcóolatra (U4).”

“(...) pois minha vó ela era meio índia, trabalhava com religião afro e fazia questão de eu tomar as ervas que ela fazia. (U6).”

Não foram encontrados mais estudos relacionados aos elementos da categoria **uso de substâncias psicoativas na infância**, impossibilitando uma análise comparativa aprofundada dos dados aqui descritos.

5.5. Categoria 5: Percepção do Usuário

Quadro 6: Categoria 5: Percepção do Usuário

Categoria	Subcategorias	Elementos de análise
5. Percepção do usuário	5.1. Problemas na infância	- os problemas da infância permanecem na vida adulta (U1, U2, U5, U6, U7, U8) - nível de compreensão sobre os problemas na infância (U2, U5)
	5.2. Como se sentiu após a interrupção do uso das substâncias	- retorno à condição anterior (U1, U5, U6) - não sentiu diferença (U2, - nunca interrompeu o uso (U7)

	psicoativas na infância	
	5.3. Estratégias após interrupção do uso de substâncias psicoativas na infância	- uso de drogas de abuso (U1,
	5.4. O impacto na sua vida pelo uso de substâncias psicoativas na sua infância	- ajudou/impacto positivo (U1, U5, U6, U8) - não ajudou/impacto negativo (U7) - relação com uso abusivo de outras substâncias (U2)
	5.5. O impacto na sua vida pelo uso abusivo de álcool e outras drogas	- identifica prejuízo (U2, U3, U6) - identifica benefício (U3, U4, U5) - sofreu discriminação (U2, U4)
	5.6. Motivações para o tratamento	- ter um trabalho/profissão (U6) - construir uma família (U6)

Esta é a última categoria construída neste estudo a partir das entrevistas semiestruturadas realizadas e procura analisar as percepções dos usuários sob diferentes pontos e acontecimentos de sua vida, principalmente àqueles associados ao uso de substâncias psicoativas na infância e ao uso abusivo de drogas na vida adulta. Referem-se a ela oito subcategorias: **problemas na infância (5.1)**, **como se sentiu após a interrupção do uso das substâncias psicoativas na infância (5.2)**, **estratégias após interrupção do uso de substâncias psicoativas na infância (5.3)**, **o impacto na sua vida pelo uso de substâncias psicoativas na sua infância (5.4)**, **o impacto na sua vida pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (5.5)** e **motivações para o tratamento (5.6)**.

À subcategoria **problemas na infância (5.1)** referem-se os seguintes elementos de análise: *nível de compreensão sobre os problemas na infância e os problemas da infância permanecem na vida adulta*.

No elemento de análise *nível de compreensão sobre os problemas na infância* surgiram relatos de dois usuários (U2, U5) referindo que não tinham compreensão sobre os problemas vivenciados na infância.

“Diziam que eu era (ansioso). Não lembro! É, na verdade eu nem sabia se eu era ansioso ou não, né?! Me falaram que eu era e que eu tinha que tomar (U2).”

“Não sei. Eu não lembro porque me chamavam de doida. Eu sei que eu era discriminada pelas minhas amiguinhas, porque eu era doida. (U5).”

Em ambas as falas percebemos uma postura passiva do sujeito diante da opinião de outras pessoas sobre o seu próprio problema, tomando-a como uma verdade sobre si. Essa postura denota uma posição de sujeito medicalizado, de uma infância medicalizada, onde o funcionamento próprio no desenvolvimento infantil ou do contexto da criança é tomado como problemático e, assim, patológico.

No elemento *os problemas da infância permanecem na vida adulta* seis dos oito participantes relatam que as dificuldades/limitações supostamente tratadas pelo uso de substâncias psicoativas na infância, permanecem até o momento atual de vida dos usuários. Todos eles relataram anteriormente ter feito uso de medicação psicotrópica na infância e não mencionaram outras alternativas de cuidado/atenção, sinalizando uma ineficácia do psicofármaco quando utilizado como estratégia única.

“O negócio do passado ficou guardado dentro de mim até hoje, ele não sai (U1).”

“É, eu sou ansioso até agora. Muita ansiedade (...) (U2).”

“Ansiedade. Muita ansiedade, desde criança, muita ansiedade (U5).”

“Pra me sentir calmo de vez em quando e pra baixar minha euforia, sempre fui eufórico (U6).”

“É, tinha que tá sempre me movimentando, não conseguia ficar em lugar fechado, parado. É. Até hoje, pra sair as vezes, eu fico agitada, começo a me debater, já me dá uma ânsia. Por que desde criança eu tenho problema de depressão (U7).”

“(...) não tratei meus defeitos de caráter. Foi meus defeitos de caráter desde a minha infância que acabaram acarretando porque, teimosia, insistência, egocêntrico, então vários defeitos de caráter (...) tem defeitos de caráter que eu não sei, talvez eu vou só estacionar, não vou conseguir mudar (U8).”

Na segunda subcategoria, **como se sentiu após a interrupção das substâncias psicoativa na infância (5.2)** há três elementos de análise: *retorno à condição anterior*, *não sentiu diferença* e *nunca interrompeu*.

No *retorno à condição anterior* há relatos de três participantes (U1, U5, U6) de que após interromperem o uso da substância psicoativa, os sintomas supostamente antes tratados por elas, retornaram.

“Aí eu virei um capeta. Aí voltou tudo (U1)”

“Voltaram esses sintomas. (...) com 14, 15 anos voltou tudo novamente. (U5).”

“Voltou. Porque daí eu comecei a trabalhar e fiquei mais eufórico ainda por causa do pagamento do lugar que eu tava trabalhando (U6).”

No elemento de análise *não sentiu diferença*, um usuário (U2) trouxe que não sentiu diferença alguma ao parar de usar a substância psicoativa que, no seu caso, eram duas medicações – polivitamínico e um anti-histamínico.

“Com 9 anos eu não senti diferente nenhuma, sabe?! Eu fui parando gradualmente essa medicação. Tomava 3 vezes ao dia, depois 2 vezes ao dia, depois 1 vez ao dia e acabou por não tomar mais. (U2)”

O terceiro elemento de análise desta subcategoria, *nunca interrompeu*, surgiu na fala de uma das participantes (U7). Vale ressaltar que, mesmo nunca tendo parado de utilizar psicotrópicos, esta usuária foi um dos participantes que sinalizaram que os problemas da infância permanecem até hoje.

“Não. Sempre usei (medicação psicotrópica)(U7).”

A terceira subcategoria deste quadro, **estratégias após interrupção do uso de substâncias psicoativas na infância (5.3)**, compreende um único elemento de análise: *uso de drogas de abuso*.

Três participantes (U1, U6, U8) relataram ter feito uso de drogas de abuso como estratégia alternativa após a interrupção da substância psicotrópica usada na infância.

“Daí eu comecei a beber. Comecei com o álcool, eu fui alcólatra. Eu fui para a droga também, quando eu tinha 11 anos. Eu comecei na maconha, aí depois foi para a cocaína (U1).”

“Eu comecei a me autoajuda, no caso comecei a procurar mecanismo pra me cansar e dormir tranquilo e trabalhar no outro dia disponível sem transparecer. Foi aí que eu comecei a ser usuário de maconha, com 14 anos (U6).”

“Ah, na verdade daí foi uma maravilha, porque daí eu não precisava usar mais remédios e usava droga, corria de moto, não tinha mais convulsão, bebia, fazia o que eu queria na verdade (U8).”

A próxima subcategoria é o **impacto na sua vida pelo uso de substâncias psicoativas na infância (5.4)** e compreende como elementos de análise: *ajudou/impacto positivo, não ajudou/impacto negativo e relação com uso abusivo de outras substâncias*.

Nos relatos que representam o elemento *ajudou/impacto positivo* percebe-se uma tendência entre os participantes de avaliar o impacto sob o ponto de vista médico-biológico, de efeito físico-corpóreo, sem alusão de impactos positivos sobre o contexto de vida/social.

“Ajudou, me deixava mais calma. Foi positivo. Me ajudou muito (U1).”

“Me ajudou, porque no segundo ano, no terceiro ano, no quarto ano eu não precisei da minha mãe estar junto comigo, eu consegui ficar parada na sala. Foi só no primeiro ano. Não precisou ela ficar junto comigo (U5).”

“Então a medicação me soltou essa ideia de mexer com teu cérebro, com teu organismo, me fez ter força de novo (U6).”

“(...) me freava nessa compulsão que eu já tinha, ficando sonolento (U8).”

Um participante (U7) sente que o uso de medicação psicotrópica na infância, que foi o seu caso, *não ajudou/impacto negativo*. Ele avalia que o fato de medicação psicotrópica o acalmar em alguns momentos, não o ajudava a lidar de forma substancial com as dificuldades que vivia.

“Não ajudou. Porque não adianta tu te acalmar naquela hora ali e depois te revoltar do nada assim e sair quebrando as coisas sair, tipo assim, falando coisas para as pessoas. Claro que não é que tu queira falar, mas naquela hora ali tu não pensa em nada, aí eu acho que não me ajudou nada (U7).”

No que se refere ao elemento de análise *relação com uso abusivo de outras substâncias*, um usuário (U2) traz, ainda que sem saber explicar, uma possível relação entre o uso de substâncias psicoativas na infância e o abuso de álcool.

“Não sei nada sobre isso (sobre o impacto), nem imagino, mas eu sei que alguma coisa acarretou em eu ser um jovem que iniciou no álcool. (U2)”

A quinta subcategoria deste quadro é **o impacto na sua vida pelo uso abusivo de álcool e outras drogas (5.5)** e busca analisar a percepção do usuário em relação ao impacto do uso de drogas na sua vida. Tem como elementos de análise: *identifica prejuízos, identifica benefícios, sofreu discriminação*.

Três usuários (U2, U3, U6) trazem relatos que representam o elemento *identifica prejuízos*:

“Graças a deus eu fiquei só no álcool. Mas isso aí atrapalhou bastante a minha vida. (U2).”

“A finalidade (do uso abusivo de drogas) era curtir, era solteiro, então curtir para ir pros bailes, namorar, achava legal né, isso só foi uma naba na vida da gente. (U3).”

“Só agora. Como eu percebo que eu cheguei a metade da minha vida, que eu não consegui nada lá onde eu morava e não adquiri nada pra mim, não adquiri casa, não adquiri uma família, essas coisas (U6).”

Três participantes (U3, U4, U5) *identificaram benefícios* pelo uso de drogas, todos eles relacionado a sensações e afetos, nenhum sob o ponto de vista contextual de suas vidas/problemas. Um dos usuários (U3) identifica, simultaneamente, prejuízos e benefícios.

“Ajudavam, principalmente a maconha né, a maconha é um calmante, dizem que é remédio. (U3).”

“(…) é não vou te mentir, eu gosto de ingerir álcool, eu me sinto bem, por exemplo assim, eu tenho uma coisa pra mim, no meu sentido, eu acho que uma pessoa me ofende e eu não consigo desabafar, mas jamais usei o álcool para ser violento, pelo contrário, se eu não usar o álcool fico estressado, não consigo nem. (U4).”

“Ela dá uma euforia. Uma alegria, uma alegria. Ajuda a sair esse medo. É a cocaína sim. (U5).”

Dois participantes (U2, U4) relatam ter *sofrido discriminação*. Ambos fazem uso abusivo de álcool. O primeiro relata ficar à margem da sociedade; o segundo ter sofrido juízo de valores por ser alcoolista. Nos dados trazidos no estudo de Borges (2016) os prejuízos decorrentes do uso abusivo de álcool foram mais percebidos pela família do que pelos usuários; apenas dois dos oito usuários do seu estudo identificaram algum prejuízo na relação com outras pessoas devido ao uso de álcool.

“Porque a bebida, o vício da bebida, essa compulsão, ela traz vários prejuízos para a vida social, né?! Se torna antissocial,

festa da família, essas coisas, nada consegue participar porque você tá à margem da sociedade. (U2). ”.

“E perdi minha família porque não entende, diz que o cara é vagabundo, sem-vergonha. (U4). ”.

Chegamos à última categoria construída a partir das entrevistas semiestruturadas que é **motivações para o tratamento (5.6)** e compreende dois elementos de análise: *ter um trabalho/profissão* e *construir família*.

Estes dois elementos foram trazidos por um mesmo e único participante (U6). Vale lembrar que em outros elementos de análise foi possível verificar que este participante buscou o serviço por conta própria e reduziu significativamente seu padrão de consumo de crack no último ano (de diário para mensal), desde que realiza acompanhamento no CAPSad.

Os relatos deste usuário que representam tais elementos seguem abaixo:

“Até eu construir minha nova família (U6). ”.

“Como a cerâmica tá me dando essa oportunidade de aprender um trabalho, aprender, me aperfeiçoar numa técnica, de ganhar, não preciso ganhar rios de dinheiro, de tirar fundos de ajudar as pessoas e meus colegas juntos e expor nossas peças para vender, para conseguir um dinheirinho e pagar o aluguel, eu tô realizado (U6). ”.

Souza (2016, p.36) traz que:

[...]qualquer processo eficaz de “cura” ou reinserção social tem de levar em conta a necessidade de refazer, em alguma medida pelo menos, aquilo que a socialização familiar incompleta ou abertamente violenta e destrutiva não foi capaz de realizar: a construção de um ser humano com um mínimo de capacidade de ação no meio social à sua volta.

Para o autor é de fundamental importância para o processo de cura a construção de uma perspectiva de futuro, uma prospecção de vida que rompa com a noção do aqui e agora” – muito comum entre os usuários de crack – e parta para uma ideia de, pelo menos, “pequenos futuros” que possibilitam algum sentido de agência ou autonomia no mundo.

Os dados desta pesquisa foram apresentados e analisados a partir de um posicionamento epistemológico pautado nos princípios éticos da crítica à lógica da medicalização da vida e do entendimento, também ético e multidimensional sobre o fenômeno do uso abusivo de drogas, entendendo o sujeito de forma integral, contextualizado social, política, econômica e subjetivamente a partir de suas relações, vulnerabilidades, potências e percepções. Os fenômenos descritos nesta pesquisa foram observados sob um prisma sistêmico e multifacetado. Foram refutadas todas as perspectivas reducionistas, unívocas e patologizantes, principalmente no que se refere ao entendimento do uso abusivo de substâncias.

O objetivo desta pesquisa foi discutir a relação entre o uso de substâncias psicotrópicas na infância e o uso abusivo de álcool e drogas na vida adulta; avaliar o impacto do uso das substâncias psicotrópicas da infância na vida adulta; e as estratégias construídas para lidar com as dificuldades supostamente tratadas por medicações psicotrópicas após sua interrupção. Todos estes pontos a partir da percepção dos usuários do CAPSad participantes deste estudo.

A história de vida da maioria dos usuários deste estudo foi permeada, desde a infância, por inúmeras condições de vulnerabilidade: abuso sexual, violência doméstica, abandono, situação de rua, institucionalização, entre outras. Todos eles fizeram uso de alguma substância psicoativa na infância e fazem uso abusivo de drogas na vida adulta. A maior parte dos usuários utilizou como substância psicoativa a medicação psicotrópica, tendo a farmacologia como intervenção única diante das dificuldades e limitações apresentadas quando crianças. Dentre os motivos que levaram à prescrição e/ou uso dos psicotrópicos e das outras substâncias psicoativas estão, predominantemente, questões comportamentais: agitação, medo, ansiedade, euforia, intolerância à frustração, entre outros. Todos estes sintomas foram tomados tanto pela família, quanto pelos médicos e, até na própria percepção dos usuários, como desviantes, necessitando serem medicalizados. Não puderam ser entendidos e olhados como sinais de um problema sistêmico e multifatorial. Não há nenhum relato que sugira alguma intervenção alternativa à lógica medicalizante ou alguma leitura ampla e contextualizada sobre os sintomas manifestados, nem mesmo pelos participantes do estudo.

Alguns usuários relataram ter experiências de internações pelo uso abusivo de drogas antes de chegarem ao CAPSad e todos estes passaram por comunidades terapêuticas em regime de isolamento por longos períodos. Isso nos convoca a pensar se os serviços da rede de atenção em saúde oferecidos no território são suficientes à demanda da população com uso problemático de álcool e drogas.

A avaliação dos usuários sobre o serviço foi positiva. A maioria dos usuários sente-se bem acolhida pelo CAPSad, demonstrando confiança na equipe, construção de vínculos e bem-estar. Esses são pressupostos importantes num serviço que, entre outras estratégias, busca promover a construção de laços e relações antes fragilizadas ou desfeitas pelas vulnerabilidades vivenciadas e pelo uso abusivo de álcool e drogas; são também imprescindíveis ao processo de reinserção social e familiar e são propósitos consolidados na política de redução de danos. Alguns usuários demonstram ainda ter conseguido reduzir os padrões de consumo de drogas desde que iniciaram o acompanhamento no serviço.

Dos oito participantes da pesquisa, sete declararam fazer uso de medicação psicotrópica atualmente, prescrita pelo CAPSad. Ainda que saibamos que, para alguns usuários abusivos de drogas, o uso de psicofármacos pode ser importante – seja para lidar com os sintomas da abstinência ou com a compulsão ao uso – essa prevalência nos alerta, uma vez que são vidas medicalizadas desde a infância. Uma maior investigação seria necessária para averiguar se a estratégia de redução de danos está efetivamente sendo sustentada pela equipe técnica do serviço e se atividades correspondentes estão previstas nos planos terapêuticos destes usuários. De toda a forma, é um dado preocupante diante de uma cultura contemporânea extremamente biologicista e farmacológica e de sujeitos com vidas medicalizadas desde muito tempo.

Alguns participantes avaliam que o impacto do uso de medicação psicotrópica na infância foi positivo, porém esta percepção refere-se principalmente a sintomas físicos e biológicos. Nenhum relato evidencia impacto ou mudança positiva no que tange aos contextos sociais, familiares e de vulnerabilidades – possivelmente fatores importantes para o desencadeamento dos problemas e dificuldades manifestados na infância. Alguns participantes relatam que ao interromper o uso dos psicofármacos os sintomas retornaram. O uso abusivo de drogas apareceu para alguns como estratégia

para lidar com os problemas supostamente antes tratados pelo uso de psicofármacos e outras substâncias psicoativas. Entre os usuários há relatos que os problemas e angústias vividos na infância permanecem até o momento de vida atual.

Os limites deste estudo foram: a impossibilidade de alcançar a amostra inicial, de 10 participantes; as duas greves, com período superior a um mês cada, dos servidores municipais que demandaram a adaptação do cronograma da pesquisa, desde a aprovação no comitê de ética da secretaria municipal de saúde, até o acesso ao serviço e realização da coleta - ajuste no cronograma impossibilitou estender o tempo da coleta para tentar ampliar a amostra; e a ausência de outros estudos capazes de oferecer dados para uma discussão de resultados mais ampla, principalmente no que tange às duas últimas categorias e suas respectivas subcategorias e elementos de análise – pontos cruciais para discutir os objetivos colocados para este estudo. Alguns dados trazidos neste estudo referem-se a resultados primeiros de alguns elementos de análise. Outras pesquisas se fazem necessárias para ampliação da discussão.

A relação entre o uso de substâncias psicoativas na infância e o uso abusivo de drogas na vida adulta aparece neste estudo sob o cenário da medicalização da vida. Os sintomas da infância foram entendidos como problemas a serem extintos biologicamente e não como sinais e manifestações de alerta sobre possíveis problemas sistêmicos e sociais. A forma como esses usuários foram (des)cuidados em sua infância os impossibilitou de construir estratégias efetivamente potentes e interventivas, capazes de subsidiá-los no enfrentamento de suas condições adversas diante de si e da vida. O uso abusivo de drogas entra como uma tentativa de aliviar as dores do existir, inerentes à vida e às condições contextuais próprias e singulares de cada um destes sujeitos que não tiveram a oportunidade de serem olhados numa perspectiva multidimensional e crítica e, conseqüentemente, não conseguem estabelecer esta relação de autonomia e autoria diante da vida. Seguem entendendo que suas dores, anseios, problemas, angústias, medos, agitações, frustrações precisam continuar sendo silenciadas. Silêncio que grita, que urge, que nos convoca a falar.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da realização deste estudo e dos dados analisados, algumas considerações finais se fazem relevantes e necessárias.

Os participantes desta pesquisa trazem um saber sobre si biologicista – desde os problemas e situações vivenciadas durante a infância até os dias atuais, onde seu uso problemático de drogas é entendido numa lógica medicalizante, reduzindo a complexidade do fenômeno e entendendo-o a partir de uma perspectiva individual, da responsabilização do sujeito, sem a devida amplitude ou capilaridade, impedindo a leitura. Sabe-se que o abuso de substâncias não se refere somente à forma como ela é administrada; comporta os mais diversos espectros, desde condições político-econômicas – como numa lógica capitalista de consumo, produção e produto – até àqueles associados à cultura e à subjetividade.

No sistema capitalista, tanto a droga quanto a medicação atendem às suas premissas, pois são mercadorias e, como tais, podem ser compradas. Aprender a lidar com o sofrimento e ter possibilidade de criar estratégias para o seu enfrentamento, tanto no que tange ao repertório individual quanto ao social, não são “bens de consumo”, são processos construídos a partir de uma outra ótica, que prevê uma postura ética sobre si e sobre o outro e que se contrapõem à produção de fracasso terapêutico tão esperado pelo mercado. Afinal, o sucesso terapêutico não atende aos interesses mercadológicos do capitalismo. A indústria farmacêutica precisa da doença e não poupa esforços para fabricá-la, invertendo a lógica terapêutica – não se desenvolve medicação para promover o bem-estar de alguns, se criam doenças para atender a demanda da indústria. Não raro, a composição química de muitas medicações serve para eliminar o sujeito, sua subjetividade, singularidade, diferença. As medicações comumente produzem sujeitos alienados, sem libido, sem vontade, sem apetite nem vitalidade; elas docilizam os corpos e amargam os desejos.

Os resultados deste estudo evidenciam a importância da construção de políticas públicas voltadas à infância, no que tange ao cuidado psicológico e psicossocial nas mais diversas situações de vulnerabilidade, como àquelas que surgiram no material a partir das entrevistas, como por exemplo, as situações de abandono, de violência, entre outras. É de suma importância que tais políticas estejam voltadas para a construção de estratégias de cuidado potentes, éticas, plurais e efetivas e que não

perpetuem/reproduzam vidas medicalizadas e o sentimento de desqualificação social que foram tão presentes na análise dos dados aqui apresentados. É urgente o entendimento da vida como processo diverso e adverso, como a própria biologia a descreve.

O apoio, suporte e cuidado do sujeito devem estar previstos nos diferentes serviços e instâncias públicas desde a atenção básica, numa perspectiva preventiva e de promoção de saúde. Nisso, pensa-se que programas preventivos voltados à infância e adolescência são importantes instrumentos/ferramentas capazes de promover e construir estratégias interessantes às diferentes situações de vulnerabilidade. Sendo assim, indica-se a ampliação e expansão em larga escala de programas preventivos eficazes, na direção do fortalecimento dos fatores de proteção, como o desenvolvimento de habilidades de vida e sociais entre crianças e adolescentes na perspectiva de um saber sobre si desmedicalizante.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM-IV**. São Paulo: Manole, 1994.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais DSM –V**. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ARAÚJO, A. F. Percepção dos estilos educativos parentais e ajustamento psicológico do adulto: comparação entre indivíduos com e sem perturbações depressivas. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 24, p. 215-227, 2002. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2002000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2002000300010>.

ARAÚJO, M. R., MOREIRA, F.G. **História das Drogas**. In: Panorama atual de drogas e dependências. SILVEIRA, D. X., MOREIRA, F. G. São Paulo: Ateneu, p. 9-14, 2006.

AVELINO, V. P. A evolução do consumo de drogas. **Revista Jus Navigandi**, Teresina, ano 15, n. 2439, 6 mar. 2010. Disponível em: <<https://jus.com.br/artigos/14469>>. Acesso em: 27 nov. 2015.

BARONI, D., VARGAS, R., CAPONI, S. Diagnóstico como nome próprio. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 22, n. 1, p. 70-77, abr./2010.

BARROS, F. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos no primeiro trimestre de vida em centro urbano do sul do Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.32, n.4, p. 335-344, 1998.

BERNARDY, C.; OLIVEIRA, M. O papel das relações familiares na iniciação ao uso de drogas de abuso por jovens institucionalizados. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 11-17, Mar. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342010000100002&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342010000100002>.

BIRMAN, J. **Mal-estar na atualidade**: A psicanálise e as novas formas de subjetivação. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2000.

_____. A psicopatologia na pós-modernidade: As alquimias no mal-estar da atualidade. **Rev. latinoam. psicopatol. fundam.**, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 35-49, Jan/Mar.,1999.

BOWLBY, J. **Uma base segura**: Aplicações clínicas da teoria do apego. Porto Alegre: Artmed, 1989.

BRASIL, Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Atenção à Saúde. SVS/CN – DST/AIDS. **A política do Ministério da Saúde para Atenção Integral a Usuários de Álcool e Outras Drogas**. 2 ed. Rev. Ampl. Brasília: MS, 2004.

BROECKER, C. Z., JOU, G. I. Práticas educativas parentais: a percepção de adolescentes com e sem dependência química. **Psico-USF**, v.2, n.2, p. 269-279, jul/dez 2007.

BRZOWSKI, F. S., CAPONI, S. N. C. Medicalização dos desvios de comportamento na infância: aspectos positivos e negativos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 1, 2013.

BOING, E.; CREPALDI, M. A. Os efeitos do abandono para o desenvolvimento psicológico de bebês e a maternagem como fator de proteção. **Estud. psicol. (Campinas)**, Campinas, v. 21, n. 3, p. 211-226, Dec. 2004. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2004000300006&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300006>.

BORGES, C. D. **Relação entre rede social significativa e atenção à saúde de usuários de CAPSad com problemas relacionados ao uso de álcool**. Florianópolis, 2016. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Catarina.

BUCHER, R. **Visão histórica e antropológica das drogas**. In: FIGUEIREDO, R. (org.), **Prevenção ao abuso de drogas em saúde e educação: uma abordagem sócio-histórica e de redução de danos** (p. 8-17). São Paulo: NEPAIDS, 2002.

CALIMAN, L. V. , FIGUEIRA, P. L. Considerações sobre os movimentos de medicalização da vida. **Psi. Clin.**, Rio de Janeiro, v.26, n.2, p. 17-32, 2014.

CAMPOS, L. F. **Métodos e técnicas de pesquisa em psicologia**. 3 ed. Campinas: Alínea, 2004.

CAPISTRANO, F. C. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de dependentes químicos em tratamento: análise de prontuários. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 234-241, June 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000200005&lng=en&nrm=iso>. Access on 01 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000200005>.

Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde CID 10. 10a rev. São Paulo: EDUSP, 1997.

CEDRID, SENAD. **VI Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do nível fundamental e médio das redes pública e privada de ensino nas 27 capitais brasileiras**. São Paulo: SENAD, 2010.

COLLARES, C. A. L., MOYSÉS, M. A. A. **Dislexia e TDAH**: uma análise a partir da ciência médica. In CRP-SP (orgs.) **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

COLLARES, C. A. L., MOYSÉS, M. A. A., RIBEIRO, M. C. F. (orgs.). **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

CONRAD, P. Medicalization and Social Control. **Annual Review of Sociology**, Palo Alto, v.18, p. 209-232, 1992.

CONRAD, P., SCHNEIDER, J. W. **Deviance and medicalization**: from badness to sickness. Philadelphia: Temple University Press, 1992.

DANTAS, J. Tecnificação da vida: uma discussão sobre o discurso da medicalização da sociedade. **Fractal: Rev. Psicol.** V. 21, n. 3, p. 563-580, set./dez. 2009.

DECOTELLI, Kely Magalhães; BOHRE, Luiz Carlos Teixeira; BICALHO, Pedro Paulo Gastalho de. A droga da obediência: medicalização, infância e biopoder: notas sobre clínica e política. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 33, n. 2, 2013.

DENZIN, N.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DIAS, J.C., PINTO, I. M. **Substâncias psicoativas: Classificação, mecanismos de ação e efeitos sobre o organismo**. In: Panorama atual de drogas e dependências. SILVEIRA, D. X., MOREIRA, F. G. São Paulo: Ateneu, p. 39-49, 2006.

ESPINHEIRA, G. **Os tempos e os espaços das drogas**. In: Toxicomania: incidência clínicas e socioantropológicas. Salvador: EDUFBA, 2009.

FARIA, J. G.; SCHNEIDER, D. R. O perfil dos usuários do CAPSad-Blumenau e as políticas públicas em saúde mental. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 324-333, Dec. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010271822009000300005&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822009000300005>.

FORTESKI, R., FARIA, J. Estratégias de redução de danos: um exercício de equidade e cidadania na atenção a usuários de drogas. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 6, n. 2, p. 78-91, abr./jun. 2013.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Editora Forense, 2001.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **O nascimento da medicina social**. In: Microfísica do poder. FOUCAULT, M. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **O poder psiquiátrico: Curso dado no Collège de France (1973-1974)** (E. Brandão, Trad.). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

GABATZ, R. et al. Percepção do usuário sobre a droga em sua vida. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 520-525, Aug. 2013. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000300520&lng=en&nrm=iso>. access on 04 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452013000300016>.

GARCIA, M. **O uso problemático e crack e a classe média.** In: Crack e Exclusão Social. SOUZA, J. (org.). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

GIACOMOZZI, A. Representações sociais da droga e vulnerabilidade de usuários de CAPSad em relação às DST/HIV/AIDS. **Est. pesq. psic.** Rio de Janeiro, v.11, n. 3, 2011.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GRANADOS, M. H. et al. Perspectiva crítica de la familia y de personas cercanas sobre factores de riesgo familiares y comunitarios en el uso de drogas ilícitas en San José, Costa Rica. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. spe, p. 770-775, 2009 Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000700003&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692009000700003>.

GUARIDO, R. **A biologização da vida e algumas implicações no discurso médico sobre a educação.** In CRP-SP (Orgs.) *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos.* São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

HORA, D. M. Glossário do Grupo de Estudos e Pesquisas História, Sociedade e Educação no Brasil (*HISTEDBR*). **Faculdade de Educação da Unicamp**, 2006. Recuperado em 06 abril 2009, de http://www.histedbr.fae.unicamp.br/navegando/glossario/verb_c_medicalizacao.htm.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde: nêmesis da medicina.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

LANCETTI, A. **Contrafissura e plasticidade psíquica.** São Paulo: Hucitec, 2015.

_____. **Clínica peripatética.** 9 ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

LINS, M. R. S. W., SCARPARO, H. B. K. Drogadição na contemporaneidade: Pessoas, famílias e serviços tecendo redes de complexidade. **Psicol. Argum**, Curitiba, v.28, n.62, p. 261-271, jul/set 2010.

LOPES, M. A., LEMOS, T., SCHNEIDER, D. R. **Manual para a formação de profissionais que atuam com usuários de álcool, crack e outras drogas.** Florianópolis: Letra Editorial, 2013.

MACRAE, E. **A história e os contextos socioculturais do uso de drogas**. In: Prevenção do uso de drogas: capacitação para conselheiros e lideranças comunitárias. Ministério da Justiça (MJ). Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. 5 ed. Brasília: SENAD, 2013.

MARQUES, A., MÂNGIA, E. Itinerários terapêuticos de sujeitos com problemáticas decorrentes do uso prejudicial de álcool. **Interface**, Botucatu, v. 17, n. 45, p. 433-444, 2013.

MAYORA, M. **O crack e a rua**. In: Crack e exclusão social. Souza, J (org.). Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas, 2016.

MINAYO, M. C. S., SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade?. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

NASCIMENTO, A. B. Uma visão crítica das políticas de descriminalização e de patologização do usuário de drogas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 11, n. 1, p. 185-190, Apr/2006.

NÉRY, A. **Por que os humanos usam drogas?**. In: As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. NÉRY, A., MACRAE, E. TAVARES, L. A. NUÑEZ, M. E., RÊGO, M. (orgs.). Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

NICASTRI, S. **Drogas: classificação e efeitos no organismo**. In: Integração de competências no desempenho de atividade judiciária com usuários e dependentes de drogas. DUARTE, P. C. V., ANDRADE, A. G. Brasília: Ministério da Justiça (MJ)/Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas (SENAD), p. 16-38, 2011.

OMS/OPS. **La salud del adolescente y el joven en las Américas**. Washington, D.C., 1985.

OMS. **Neurociências: consumo e dependência de substâncias psicoativas**. Geneva: ROCA, 2007.

PELBART, P. P. **Vida Capital: ensaios de biopolítica**. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PIETRO, P., JAEGER, F. Agressividade na infância: análise psicanalítica. **Vis. Glob.**, Joaçaba, v.11, n.2, p. 217-238, jul./dez. 2008.

PIRES, F., SCHNEIDER, D. Projetos de vida e recaída em pacientes alcoolistas. **Arq. Brasil. Psicol.** V 65, n. 1, p. 21-37, 2013.

POLETTI, M., KOLLER, S., DELL'AGLIO, D. Eventos estressores em crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social de Porto Alegre. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 14, n. 2, p. 455-466, Apr. 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000200014>.

RUIZ-OLABUÉNAGA, R. **Metodología de la investigación cualitativa**. 5 ed. Bilbao: Universidad de Deusto, 2012.

SAIDE, O. L. Depressão e uso de drogas. **Rev. Hosp. Univ.** Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 47-60, 2011.

SANCHES, V. N. L.; AMARANTE, P. D. C. Estudo sobre o processo de medicalização de crianças no campo da saúde mental. **Saúde em debate**. Rio de Janeiro, v.38, n. 102, set. 2014.

SANTOS, R. M., TAVARES, L. A., VALENTE, R. **Tempo de Adolescente**: relato de uma estratégia institucional com jovens usuários de drogas. In: As drogas na contemporaneidade: perspectivas clínicas e culturais. NÉRY, A., MACRAE, E. TAVARES, L. A. NUÑEZ, M. E., RÊGO, M. (orgs.). Salvador: EDUFBA: CETAD, 2012.

SHENKER, M. **Valores familiares e uso abusivo de drogas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

SILVA, C. C. et al. Iniciação e consumo de substâncias psicoativas entre adolescentes e adultos jovens de Centro de Atenção Psicossocial Antidrogas/CAPS-AD. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 19, n. 3, p. 737-745, Mar. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014000300737&lng=en&nrm=iso>. Access on 28 Nov. 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014193.15922013>.

SIMÕES, A. M. A criança na interface do silêncio medicamentoso e como sujeito em psicanálise. **Polêmica**, Rio de Janeiro, v.12, mar. 2013. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/5274/3867>. Acesso em: 21 Nov. 2015.

SODELLI, M. A abordagem proibicionista em desconstrução: compreensão fenomenológica existencial do uso de drogas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 637-644, May 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000300005&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000300005>.

SODELLI, M. **Droga e ser humano**: a prevenção do possível. In: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (org.). *Álcool e outras drogas*. São Paulo: CRPSP, 2011.

SOUZA, J. (org.). **Crack e exclusão social**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Política sobre Drogas, 2016.

UNICEF. **Violência doméstica contra crianças e adolescentes**. Brasília: UNICEF, 2004.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC). **World Drug Report**. United Nations Publication, 2015. Acesso em 01/12/15. http://www.unodc.org/documents/wdr2015/World_Drug_Report_2015.pdf

WATHIER, J., DELL'AGLIO, D. Sintomas depressivos e eventos estressores em crianças e adolescentes no contexto de institucionalização. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 305-314, Dec. 2007. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000300010&lng=en&nrm=iso>. access on 03 Dec. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082007000300010>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on alcohol and health**. 2014. Acesso em 01/08/2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf?ua=1

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global status report on trends in prevalence of tobacco smoking.** 2015. Acesso em 01/12/2015. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/156262/1/9789241564922_eng.pdf

Anexo 1: TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE MENTAL E ATENÇÃO
PSICOSSOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Em acordo com a Resolução CNS 466/2012)

Estou apresentando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, caso queira e concorde em participar da pesquisa, intitulada “AONDE MESMO COMEÇOU? - A RELAÇÃO ENTRE O USO DE MEDICAÇÃO PSICOTRÓPICA NA INFÂNCIA E O USO ABUSIVO DE DROGAS NA JUVENTUDE”, que tem como objetivo justamente discutir a relação entre o uso de medicação psicotrópica na infância e o uso abusivo de drogas na juventude, buscando entender a percepção que o usuário de álcool e outras drogas tem sobre o uso de medicação psicotrópica na sua infância e os efeitos/impactos sobre a sua vida, bem como, identificar as estratégias utilizadas pelos usuários, após a interrupção do uso do psicofármaco, para lidar com suas dificuldades e limitações supostamente antes "tratadas" pela medicação. Como sujeito desta pesquisa estão os usuários dos serviços dos CAPS AD de Florianópolis/SC (Ilha e Continente).

Esta pesquisa tem relevância global, dada a importância do fenômeno do uso abusivo de drogas na atualidade e, para além disso, justifica-se pela tentativa de entender a complexidade do fenômeno a partir do que está velado detrás de um sujeito que faz da sua relação com a droga algo arriscado à sua vida. Poderá trazer como benefícios: um maior entendimento sobre algumas relações presentes nas situações de uso abusivo de drogas e, também, subsidiar discussões e parâmetros de intervenções terapêuticas no campo das drogas e sofrimento psíquico infantil nos respectivos serviços da rede municipal de saúde de Florianópolis/SC. O instrumento para coleta de dados será a entrevista semiestruturada aplicada individualmente; que será gravada, transcrita, analisada, e a publicação de materiais escritos ocorrerão apenas em meio acadêmico, sem

fins comerciais. A fim de garantir seu bem-estar, sua identidade será mantida em sigilo e serão utilizados recursos para garantir a não identificação. Em relação aos riscos do estudo, o participante poderá sentir algum desconforto, constrangimento ou alterações de comportamento durante as gravações de áudios nas entrevistas. O participante pode sentir alterações na autoestima provocadas pela evocação de memórias ou por reforços na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante. Caso sinta-se desconfortável ou de alguma forma prejudicado garantimos apoio para encaminhamento para cuidados relativos a quaisquer problemas causados por esta participação. Você responde apenas as perguntas que desejar responder, em nenhum momento você será forçado a dar qualquer tipo de declaração. Além disso, é garantido a você liberdade de não participar ou de desistir da participação na pesquisa a qualquer momento sem qualquer tipo de prejuízo.

Não lhe será atribuído nenhum gasto ou ganho financeiro por participar desse estudo. Não há nenhum valor econômico a receber ou a pagar, por sua participação, no entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, haverá ressarcimento. Você poderá solicitar ao pesquisador o valor em dinheiro do custo do deslocamento para realização da entrevista. Caso ocorra algum dano decorrente de sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme estabelecido na lei.

A qualquer momento poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável, cujos dados para contato estão listados abaixo. Igualmente, poderá contatar o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, órgão responsável e que aprovou e autorizou a realização dessa pesquisa, cujos contatos também estão listados abaixo. Assim, se você tiver interesse e disponibilidade em participar como sujeito desta pesquisa, autorize e assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que lhe é apresentado em duas vias, permanecendo uma delas com você.

Pesquisadora Responsável: Prof^ª. Dr^ª. Daniela Ribeiro Schneider

Endereço: PSICLIN – Núcleo de Pesquisas em Clínica da Atenção Psicossocial
Universidade Federal de Santa Catarina - Campus Universitário – Trindade –
Caixa Postal 476 - Sala 214 – Bloco D – CFH – CEP: 88040-900
Florianópolis/SC

Telefone: (48) 37218607 E-mail: daniela.schneider@ufsc.br

Pesquisadora Assistente: Rebeca Chabar Kapitansky

Telefone: (48) 88325852. E-mail: rchabark@yahoo.com.br

Contato Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos - UFSC:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina – Prédio Reitoria II – Rua

Desembargador Vitor Lima, nº222, sala 401 – Trindade – Florianópolis/SC. CEP:
88.040-400
Telefone: (48) 3721-6094 E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Eu _____, RG _____,
mediante este documento, confirmo ciência e anuência em relação à pesquisa intitulada
“AONDE MESMO COMEÇOU? - A RELAÇÃO ENTRE O USO DE MEDICAÇÃO
PSICOTRÓPICA NA INFÂNCIA E O USO ABUSIVO DE DROGAS NA
JUVENTUDE”. Autorizo o desenvolvimento da pesquisa conforme a metodologia
proposta e a gravação da entrevista. Declaro que fui informada/o e esclarecida/o acerca
do objetivo da pesquisa, assim como dos procedimentos nela envolvidos.

Local/Data: _____

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

Anexo 2: Roteiro para entrevista semiestruturada

Roteiro de entrevista semiestruturada

Pesquisa: Aonde mesmo começou? – A relação do uso de medicação psicotrópica na infância e o uso abusivo de drogas na juventude.

1. Nome
2. Idade
3. Sexo
4. Estado civil
5. Escolaridade
6. Ocupação
7. Há quanto tempo frequenta o CAPS AD? O que o(a) trouxe até o serviço?
8. Fez uso de medicação psicotrópica na infância? Qual(s)?
9. Qual(s) o(s) motivo(s) da prescrição? Houve algum diagnóstico? Você sabe dizer quem a prescreveu?
10. O que você pensa sobre o fato de ter usado medicação psicotrópica na sua infância? Qual sua percepção sobre o(s) efeito(s)/impacto(s) disso na sua vida?
11. Qual(s) estratégia(s) você utilizou, após a interrupção da medicação, para lidar com as dificuldades/limitações antes supostamente "tratadas" por ela?
12. No caso de não haver interrompido o uso da medicação psicotrópica: Você sabe porque a medicação não foi interrompida? Além de ter continuado a usá-la, você necessitou de outras estratégias para lidar com suas dificuldades/limitações?